



BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE AUTONOMA FRIULI - VENEZIA GIULIA

TRIESTE, 6 aprile 2001

Lire 2.500 - Euro 1,29

DIREZIONE E REDAZIONE: PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - TRIESTE - PIAZZA UNITÀ D'ITALIA, 1, - TEL. 3773607

AMMINISTRAZIONE: SERVIZIO DEL PROVVEDITORATO - TRIESTE - VIA CARDUCCI, 6 - TEL. 3772037

Il «Bollettino Ufficiale della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia» si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità ed i termini delle richieste di inserzione e delle relative pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con decreto del Presidente della Giunta 8 febbraio 1982, n. 043/Pres., pubblicato in B.U.R. 17 marzo 1982, n. 26, modificato con D.P.G.R. 7 ottobre 1991, n. 0494/Pres., pubblicato in B.U.R. 10 marzo 1992, n. 33 e con D.P.G.R. 23 dicembre 1991, n. 0627/Pres., pubblicato in B.U.R. n. 50 del 22 aprile 1992. Per quanto in esse non previsto si applicano le norme statali o regionali in materia di pubblicità degli atti.

La versione integrale dei testi contenuti nel Bollettino Ufficiale consultabile gratuitamente, a partire dal Bollettino Ufficiale della Regione n. 11 del 17 marzo 1999, sul seguente sito Internet della Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia:

<http://www.regione.fvg.it>

L'archivio relativo ai numeri dall'aprile 1998 al marzo 1999 propone il sommario delle singole parti di cui è composto il Bollettino stesso e relativi supplementi.

La riproduzione del Bollettino sul sito Internet ha carattere meramente informativo ed è, pertanto, priva di valore giuridico.

SOMMARIO

PARTE I

LEGGI, REGOLAMENTI E ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
9 marzo 2001, n. 734

Legge regionale 41/1993, articolo 3, comma 4. Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 (Piano sanitario regionale 2000-2002)

PARTE PRIMA

**LEGGI, REGOLAMENTI
E ATTI DELLA REGIONE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
9 marzo 2001, n. 734

**Legge regionale 41/1993, articolo 3, comma 4.
Piano di intervento a medio termine (PIMT) per
l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione
socio-sanitaria per il triennio 2000-2002 (Piano
sanitario regionale 2000-2002)**

LA GIUNTA REGIONALE

ATTESO che la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41, all'articolo 3, comma 4, prevede che gli strumenti per l'attuazione della legislazione regionale di pianificazione sono i piani di intervento a medio termine (PIMT) che fissano, per periodi non superiori al triennio, i contenuti delle azioni finalizzate a tale attuazione, le condizioni organizzative e le risorse necessarie con la previsione delle relative fonti di finanziamento;

ATTESO, altresì, che al comma 5 del medesimo articolo viene enunciato che i piani possono avere contenuto generale o settoriale e che sono elaborati nel rispetto della partecipazione consultiva al processo di pianificazione da parte degli Enti locali, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, degli organismi della sanità militare e degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, nonché delle Università e degli Istituti scientifici come definito nei rispettivi protocolli d'intesa (ove approvati);

RICHIAMATE le leggi regionali 27 febbraio 1995, n. 13, 25 settembre 1996, n. 41, 19 dicembre 1996, n. 49, 9 settembre 1997, n. 32 e 19 maggio 1998, n. 10, che contengono i principi, gli obiettivi, i criteri organizzativi e gli standard dei servizi della pianificazione sanitaria regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, della legge regionale n. 41/1993;

PRESO ATTO che il 1° Piano di intervento a medio termine per l'Area Ospedaliera per il triennio 1995-1997, approvato con D.G.R. n. 6619 del 29 dicembre 1995, la cui validità è stata prorogata anche per gli anni 1998 e 1999, giusta le deliberazioni della Giunta Regionale sulle «Linee per la gestione del S.S.R.» dei relativi anni, deve considerarsi ormai non rispondente alle nuove problematiche imposte dalla realtà sanitaria regionale e, quindi, necessita, ai sensi dell'articolo 21, comma 1, della legge regionale n. 13/1995, l'approvazione di un nuovo PIMT per l'assistenza ospedaliera;

RICHIAMATI il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», nonché la normativa statale esecutiva dello stesso;

VISTI, in particolare:

- il D.P.R. 23 luglio 1998, concernente «Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000»;

- il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419»;

RICHIAMATA la D.G.R. n. 2482 dd. 29 luglio 1999, con la quale:

- sono stati approvati i principi ed i criteri per la definizione del Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad altra integrazione socio-sanitaria per il periodo 2000-2002, contenuti nell'allegato documento, che costituisce parte integrante della deliberazione stessa;

- è stato incaricato l'Assessore regionale alla sanità ed alle politiche sociali di effettuare, nei tempi e con i criteri contenuti nel documento di cui sopra, le consultazioni delle forze sociali interessate all'approvazione del piano;

ATTESO che - in conformità alla citata D.G.R. - sono state effettuate le consultazioni sul documento suddetto, in particolare con:

- le Conferenze dei Sindaci,
- le Province,
- le Segreterie regionali delle Organizzazioni Sindacali,
- i rappresentanti delle Università,
- per gli altri soggetti individuati dalla legge regionale n. 41/1993 e dalla legge regionale n. 12/1994;

TENUTO CONTO delle osservazioni e delle proposte risultate dalla procedura consultiva e pervenute all'Assessore incaricato;

SENTITA, ai sensi del comma 4 dell'articolo 3 della legge regionale n. 41/1993, la competente Commissione consiliare III;

ATTESO che la predetta Commissione consiliare, nella seduta conclusiva del 10 dicembre 1999, non è pervenuta alla definizione ed espressione di un parere positivo sul documento riguardante il PIMT e che, peraltro, ha formulato osservazioni ed approvato alcune proposte riguardanti le materie oggetto del PIMT;

RILEVATO che alla luce delle anzidette premesse ed in base agli atti, alle osservazioni ed alle proposte inter-

venute, la Giunta regionale, con deliberazione n. 3854 del 10 dicembre 1999, ha approvato il Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel triennio 2000-2002 (Piano sanitario regionale 2000-2002), facendo riserva di tenere in considerazione le proposte approvate, in sede di esame del PIMT da parte della Commissione consiliare, nella successiva fase attuativa;

ACCERTATO che il suddetto PIMT costituisce il Piano sanitario regionale 2000-2002 in cui vengono approvati, per il periodo 2000-2002:

- aspetti relativi all'assistenza sanitaria collettiva,
- aspetti relativi all'assistenza distrettuale e alle aree ad alta integrazione socio-sanitaria,
- aspetti relativi all'assistenza ospedaliera ed in particolare all'applicazione della legge regionale n. 13/1995,
- politiche per l'utilizzo delle risorse,
- quantificazione delle risorse economiche,
- aspetti relativi al piano regionale per l'emergenza sanitaria;

CONSIDERATO che l'anzidetta D.G.R. n. 3854/1999 è stata inviata al Ministero della Sanità per l'acquisizione del parere ai sensi dell'articolo 1, comma 14, del decreto legislativo n. 502/1992;

VISTO il parere fornito dal Ministero della sanità di cui alla nota n. 100/SCPS/III.1018 del 21 gennaio 2000;

DATO ATTO che l'anzidetto parere:

- «rileva la coerenza nelle scelte di politica sanitaria e nella individuazione degli obiettivi rispetto alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 1998-2000 e (...) apprezza la metodologia adottata nella predisposizione del documento»;

- sottolinea che il PIMT «costituisce un «piano di transizione», in attesa dei provvedimenti regionali in attuazione delle disposizioni del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229»;

CONSIDERATE le osservazioni effettuate dal Ministero;

ATTESO che:

- con riferimento agli obiettivi di salute previsti per il triennio 2000-2002 il PIMT prevede che gli stessi «vengono rivisti annualmente sulla base dei problemi emersi a livello regionale o sulla base di determinazioni di progetti o piani nazionali. Al sistema degli obiettivi è collegato un adeguato numero di indicatori che costituiscono il sistema di monitoraggio dell'andamento della salute della popolazione e delle attività del servizio sanitario»;

- con riferimento al «programma delle attività territo-

riali di cui all'articolo 3 – quater, comma 4, del decreto legislativo n. 502/92», il PIMT prevede che «tutte le funzioni distrettuali si svolgono in stretta integrazione con le rispettive assemblee dei Sindaci di Distretto» e che «nel periodo di vigenza del Piano dovranno essere messe in atto tutte le iniziative organizzative, strutturali e formative che permettano al distretto la tutela e il mantenimento dello stato di salute della popolazione»;

- con riferimento alla rete dei servizi territoriali, risultano individuati gli strumenti per la realizzazione dell'«integrazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-assistenziali, presupponendo una costante azione di verifica dell'adeguatezza della risposta in relazione alle necessità della popolazione»;
- è stato definito il ruolo delle RSA, indicando che esse «devono garantire l'ospitalità temporanea ai dementi di grado medio che non richiedono requisiti strutturali specifici, e ai malati necessitanti di cure palliative di primo livello»;
- è stato individuato il modello organizzativo del Servizio di assistenza domiciliare (infermieristico – riabilitativo);
- sono stati indicati gli obiettivi prioritari dei servizi per le dipendenze e, con riferimento alla tutela della salute mentale, sono stati definiti dettagliatamente obiettivi e linee di intervento con la finalità di individuare criteri organizzativi, standard strutturali minimi ed omogenei di funzionamento ed è prevista la possibilità di definire modalità organizzative delle strutture di riabilitazione;
- il sistema di emergenza è delineato puntualmente sia nell'organizzazione del soccorso territoriale sia nella risposta ospedaliera; «i poli sanitari di Trieste e di Udine rispondono, con le loro dotazioni funzionali, alla necessità di assicurare oltre alle prestazioni fornite dai DEA di I livello, le funzioni di più elevata complessità legate all'emergenza» (DEA II livello); «i dipartimenti interaziendali per l'emergenza di Trieste e Udine costituiscono riferimento anche regionale, per le funzioni di più alta qualificazione»;
- con riferimento all'attività di ricerca il PIMT prevede approfondimenti dei rapporti con gli I.R.C.C.S. e le strutture universitarie;

VALUTATO, altresì, che l'eventuale necessità di ulteriori determinazioni trova adeguata collocazione nei successivi atti della Giunta regionale attuativi del PIMT;

PRESO ATTO che:

- con ricorso n. 367/00 l'associazione «La Nostra Famiglia», che gestisce i presidi di S. Vito al Tagliamento e di Pasian di Prato dell'I.R.C.C.S. «E. Medea», ha chiesto l'annullamento della deliberazione anzidetta;

- il Tribunale Amministrativo Regionale del Friuli – Venezia Giulia, con sentenza n. 1 del 19 gennaio 2001, ha accolto l'istanza dell'Associazione ricorrente in quanto l'atto programmatico è stato approvato, in via definitiva, prima di acquisire il parere del Ministero della sanità di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto legislativo n. 502/1992, intervenuto con nota n. 100/SCPS/III.1018 del 21 gennaio 2000;
- conseguentemente, lo stesso T.A.R. ha precisato che vi è la necessità di «provvedere all'approvazione definitiva del piano sanitario regionale»;

CONSIDERATO, altresì, che:

con il medesimo provvedimento giurisdizionale, il T.A.R., «per ragioni di completezza ed al fine di agevolare la necessaria attività di rinnovazione» ha preso posizione anche sui rimanenti motivi di gravame relativi:

- alla mancata concessione, ai presidi di S. Vito al Tagliamento e di Pasian di Prato dell'I.R.C.C.S. «E. Medea», gestiti dall'associazione ricorrente, di «alcun posto letto per ricovero in regime ospedaliero, con ciò escludendolo dalla rete ospedaliera regionale»;

- alla «violazione dell'articolo 3 della legge 7 agosto 1990 n. 241 ed eccesso di potere per difetto di presupposto» in quanto il piano impugnato fa riferimento ad alcune condizioni apposte al decreto interministeriale del 31 luglio 1998 di riconoscimento dei presidi dell'I.R.C.C.S. della ricorrente, che non parrebbero dedursi dall'iter procedimentale del riconoscimento stesso, che impediscono l'aumento della spesa ospedaliera regionale e la revisione della convenzione in essere, che non prevede posti letto ospedalieri;

dichiarando che tali motivi «non possono venir condivisi» in quanto il decreto interministeriale del 31 luglio 1998, ha esteso il riconoscimento dell'I.R.C.C.S. «E. Medea», gestito dall'associazione ricorrente, ai presidi regionali distaccati, con i limiti e le precisazioni manifestati anche dall'Amministrazione regionale con le note n. 2062 del 18 febbraio 1997 e n. 2595 del 4 maggio 1998, per cui esso deve intendersi condizionato al mantenimento dell'attuale livello di spesa sanitaria e, in particolare, ospedaliera; infine, il decreto interministeriale di riconoscimento è di dubbia esecutività «non risultando allo stato realizzata una delle condizioni cui l'estensione del riconoscimento dell'I.R.C.C.S. «E. Medea» ai presidi decentrati in altre regioni risulta sottoposta, cioè il parere della Regione Lombardia, dove l'Istituto ha la propria sede centrale, che deve essere espresso dal Consiglio regionale e non dalla Giunta, come l'atto stesso rileva»;

RITENUTO, alla luce di quanto sopra, che è necessario ottemperare alla sentenza n. 1/2000 e, conseguentemente, approvare il PIMT per il triennio 2000-2002 così come risultante dal testo allegato alla presente deliberazione, di cui fa parte integrante;

PRECISATO che, previa verifica dell'attività attualmente svolta dai presidi di S. Vito al Tagliamento e di Pasian di Prato dell'I.R.C.C.S. «E. Medea», gestiti dall'associazione «La Nostra Famiglia», nel Piano regionale per la riabilitazione, attualmente in fase di predisposizione o in apposito provvedimento, da adottare entro il 30 settembre 2001, sarà ridefinito l'apporto assistenziale, ospedaliero e territoriale, che i predetti presidi dovranno fornire al servizio sanitario regionale e, di conseguenza, l'entità e la tipologia dell'attività che gli stessi dovranno svolgere anche in connessione con l'espletamento dell'attività di ricerca, che dovrà comunque essere conforme alle disposizioni concernenti il riordino degli I.R.C.C.S. che saranno emanate dal Ministero della Sanità;

SU PROPOSTA dell'Assessore alla sanità ed alle politiche sociali, all'unanimità

DELIBERA

1. Di approvare il Piano di intervento a medio termine (PIMT) per l'assistenza sanitaria e per le aree ad altra integrazione socio-sanitaria per il triennio 2000-2002, di cui all'articolo 3, comma 4, della legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 e successive modificazioni ed integrazioni, così come risulta dal documento allegato alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

2. Di ritenere che il PIMT, di cui al punto 1, costituisce, ai fini e per gli effetti dell'attuazione della normativa nazionale, il Piano sanitario regionale per il triennio 2000-2002.

3. Di subordinare la quantificazione delle risorse per la gestione del Servizio sanitario regionale nel triennio 2000-2002, così come individuate nel PIMT di cui al punto 1, alla definizione certa delle stesse risultante dalle leggi finanziarie regionali e dai relativi bilanci pluriennali e di previsione annuali.

4. Di stabilire che, previa verifica dell'attività attualmente svolta dai presidi di S. Vito al Tagliamento e di Pasian di Prato dell'I.R.C.C.S. «E. Medea», gestiti dall'associazione «La Nostra Famiglia», nel Piano regionale per la riabilitazione, attualmente in fase di predisposizione o in apposito provvedimento, da adottare entro il 30 settembre 2001 sarà ridefinito l'apporto assistenziale, ospedaliero e territoriale, che i predetti presidi dovranno fornire al servizio sanitario regionale e, di conseguenza, l'entità e la tipologia dell'attività che gli stessi dovranno svolgere anche in connessione con l'espletamento dell'attività di ricerca, che dovrà comunque essere conforme alle disposizioni concernenti il riordino degli I.R.C.C.S. che saranno emanate dal Ministero della sanità.

IL PRESIDENTE: ANTONIONE

IL SEGRETARIO: BELLAROSSA

**PIANO DI INTERVENTO A MEDIO TERMINE
PER L'ASSISTENZA SANITARIA
E PER LE AREE AD ALTA INTEGRAZIONE
SOCIO-SANITARIA
PER IL TRIENNIO 2000-2002**

**PIANO SANITARIO REGIONALE
2000-2002**

SOMMARIO

1-I contenuti e la metodologia

2-Strategie e obiettivi regionali

- 2.1 Stato di attuazione della programmazione sanitaria regionale nel periodo 1995-99
- 2.2 Strategie e obiettivi regionali
- 2.3 Adozione di un modello di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure

3-Le politiche per le risorse

- 3.1 Il finanziamento del S.S.R. nel triennio 2000-2002
- 3.2 Gli interventi edilizi e le tecnologie
- 3.3 Le politiche del personale

4-Livello assistenziale: Assistenza sanitaria collettiva

- 4.1 Il Dipartimento di Prevenzione
- 4.2 Obiettivo promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro

5-Livello assistenziale: Assistenza distrettuale

- 5.1 Il distretto e l'integrazione socio-sanitaria
- 5.2 Assistenza sanitaria di base
- 5.3 Specialistica ambulatoriale
- 5.4 Rete dei servizi distrettuali a tutela della popolazione anziana e dei soggetti non autosufficienti
- 5.5 Nuove tipologie assistenziali
- 5.6 Integrazione dei servizi e degli interventi sociale e sanitari a favore delle persone handicappate
- 5.7 La tutela della salute materno-infantile
- 5.8 Servizi per le dipendenze
- 5.9 La Tutela della Salute Mentale

6-Livello assistenziale: Assistenza ospedaliera

- 6.1 Domanda di ricovero
- 6.2 L'offerta: i principi ed i criteri della rete ospedaliera regionale
- 6.3 La ricomposizione del rapporto domanda/offerta

7- L'emergenza: Piano regionale dell'emergenza

- 7.1 Le criticità dell'attuale sistema dell'emergenza, le finalità e gli obiettivi di Piano
- 7.2 Il modello di riferimento del sistema dell'emergenza
- 7.3 L'allertamento e l'accesso al sistema: la Centrale Operativa 118
- 7.4 L'organizzazione del soccorso territoriale: risorse umane, mezzi e tecnologie
- 7.5 L'organizzazione ospedaliera del sistema dell'emergenza
- 7.6 L'organizzazione dei trasporti nel S.S.R.
- 7.7 Il coordinamento interaziendale e regionale del sistema dell'emergenza
- 7.8 La formazione, il sistema informativo e l'educazione sanitaria
- 7.9 L'attuazione e le risorse del Piano dell'emergenza

1. I CONTENUTI E LA METODOLOGIA

Premessa

Con la Delibera della Giunta Regionale del 29-7-1999 è stato aperto il percorso di Pianificazione sanitaria regionale, indicando i "Principi e criteri per la definizione del piano a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria nel periodo 2000-2002."

Sui contenuti della delibera si sono avviate le consultazioni molto ampie con istituzioni, enti locali e forze sociali da cui sono emerse:

a) problematiche a valenza strategico istituzionale, in particolare:

- ruolo dei comuni in applicazione decreto legislativo n.229/99;
- presenza e ruolo delle Università e degli I.R.C.C.S.;
- sistema di finanziamento basato sul "tariffario puro" (pro capite + tariffe) con eliminazione dei riequilibri e delle risorse specifiche per investimenti (da considerarsi a regime compresi nelle tariffe);
- sistema delle autorizzazioni e dell'accreditamento istituzionale;
- la rinegoziazione con lo stato dei rapporti economici;
- l'architettura ospedaliera finale a medio-lungo termine;
- la collaborazione internazionale.

Su questi temi le strategie della maggioranza dovranno essere confrontate in un dibattito politico allargato agli organismi sociali e che si apre fin d'ora sulle eventuali possibili scelte da individuare e che si concretizzi in strumenti anche legislativi.

Saranno quindi materie demandate al Consiglio Regionale;

b) problematiche di merito, che possono trovare un recepimento immediato in sede di Piano di intervento a medio termine.

La pressione dei diversi squilibri del sistema, quali il rapporto tra ricavi e costi, tra ospedali e territorio, rendono infatti pesantemente urgente l'intervento programmatico immediato, previsto dalla legislazione vigente. Tale intervento deve permettere il controllo della spesa sanitaria e una maggiore qualità dei servizi forniti alla popolazione, nonché di accelerare il processo di aziendalizzazione innestato sul sistema.

L'intervento programmatico proposto si configura, pertanto come un Piano che ha l'obiettivo di continuare l'intervento di ristrutturazione mirato all'aumento della qualità nel sistema sanitario con un incremento del "rendimento" della macchina organizzativa.

Contenuti del Piano di intervento a medio termine 2000-2002

Il "Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il periodo 2000-2002" (di seguito denominato "Piano di intervento a medio termine 2000-2002" ovvero PIMT) è, ai sensi del art. 3 comma 5 della L.R. n. 41/93, un PIMT a contenuto generale, cioè non tratta solo l'assistenza ospedaliera in attuazione della legge regionale n. 13/95, come il 1° PIMT (D.G.R. n. 6619 del 29-12-1995), ma anche altri aspetti dell'assistenza sanitaria, compresi quelli riferiti alle aree di alta integrazione di cui alle L.R. 32/97.

Il riferimento legislativo cui il PIMT fa riferimento è costituito da tutte le leggi regionali vigenti che riguardano la pianificazione sanitaria ed assistenziale regionale, in particolare:

Legge regionale n. 13/95

Legge regionale n. 41/96

Legge regionale n. 32/97

Legge regionale n. 10/98

Nel Piano di intervento a medio termine 2000-2002 vengono trattati e definiti gli aspetti fondamentali dei tre livelli assistenziali in cui è stata suddivisa l'assistenza sanitaria dal Piano sanitario nazionale (D.P.R. del 23-7-1998), nonché alcune problematiche gestionali rilevanti e strategiche quali le politiche del personale, ed alcuni aspetti presenti nel decreto legislativo n. 229 del 19-6-1999.

Un aspetto trattato con particolare attenzione è quello relativo all'emergenza sanitaria attraverso la definizione di principi e criteri per il Piano regionale dell'emergenza, che, anche recependo le Linee guida nazionali, verrà emanato dalla Giunta regionale entro il 2000.

Nel corso dell'anno 2000 verrà altresì definito il Piano della riabilitazione recependo le relative Linee guida nazionali.

Il Piano di intervento a medio termine, proprio per la sua valenza temporalmente limitata, non tocca tutti gli argomenti sanitari, ma tratta gli aspetti ritenuti prioritari e credibilmente affrontabili nel triennio di vigenza, che va dal 2000 al 2002.

La credibilità dell'intervento è valutata in particolare correlando strettamente le risorse finanziarie che la Regione intende mettere a disposizione del settore sanitario con le manovre volte ad assicurare il migliore livello di salute della popolazione, e tenendo conto che le manovre sia di riduzione dell'offerta che di ampliamento della stessa richiedono tempi normalmente lunghi e sono vincolate dalla rigidità del sistema pubblico.

Il PIMT è quindi un Piano sanitario regionale con particolare attenzione alle aree ad alta integrazione socio-sanitaria.

Esso andrà a sostituire il 1° PIMT per la parte ospedaliera, applicando i principi e gli standard della Legge regionale n. 13/95.

In particolare il Piano di intervento a medio termine per il triennio 2000-2002:

1. definisce gli obiettivi di salute del triennio;
2. stabilisce le risorse che il sistema mette a disposizione, distinguendo tra fondo sanitario e fondo per il risanamento, quest'ultimo destinato alle Aziende che hanno un rapporto squilibrato tra costi e ricavi;
3. permette di rifondare il rapporto con i Direttori generali, previa definizione di target economici alla portata delle strategie aziendali;
4. rilancia accelerandolo il processo di aziendalizzazione anche con l'aumento del livello di coinvolgimento dei quadri rispetto alle finalità del S.S.R. e degli obiettivi aziendali (socializzazione degli obiettivi e senso di appartenenza) ;
5. indica le funzioni ed i livelli essenziali che vanno obbligatoriamente garantiti (cosa deve fare l'azienda),
6. indica il mandato complessivo dell'Azienda;
7. prevede che il piano aziendale (ex L.R. 49/96) progetti l'attività 2000-2002 assicurando i livelli essenziali ed obbligatori di cui al precedente punto 6 e in cui viene innestata una progettualità strategica anche ulteriore, tenendo comunque conto:
 - dell'equilibrio di bilancio (piano industriale credibile e certificato sul quale si rifonda il mandato del Direttore generale) ;
 - delle indicazioni derivanti dal sistema di accreditamento;
 - delle indicazioni epidemiologiche;
8. favorisce, anche attraverso l'intervento delle società scientifiche, la produzione di linee guida;
9. dà l'avvio alla seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale;
10. dota il S.S.R. di un sistema di valutazione, monitoraggio e miglioramento della qualità. Devono essere promossi programmi di valutazione della qualità e di benchmarking su aspetti specifici e rilevanti quali l'oncologia e le elevate specialità.

Iter

Nelle more di una organica attuazione del decreto legislativo 229/99 per quanto riguarda la partecipazione alla pianificazione strategica da parte degli Enti Locali, nell'iter di approvazione degli atti di pianificazione e programmazione viene prevista, oltre alla già effettuata partecipazione alle consultazioni, un momento di confronto tra le Aziende sanitarie e gli Enti Locali finalizzato ad una assunzione di responsabilità degli Enti Locali sugli obiettivi e sulle risorse, fondata su una maggiore condivisione dei percorsi e su una migliore informazione.

L'iter di attuazione del PIMT prevede i seguenti momenti:

- 1) Adozione delle Linee per la gestione per il 2000.
- 2) Predisposizione da parte delle Aziende per i servizi sanitari della proposta di piano strategico da valutare assieme alle Rappresentanze dei Sindaci. Le Aziende Ospedaliere valutano il proprio piano strategico con le Rappresentanze dei Sindaci delle A.S.S. in cui l'Ospedale è ubicato.
Il confronto è di natura strettamente operativa e riguarda le possibili opzioni della progettualità strategica aziendale che devono rispondere agli obiettivi del S.S.R..
- 3) Definitiva predisposizione, sulla base anche del piano strategico, dei piani aziendali e del consolidato regionale ai sensi della L.R. n. 49/96.
- 4) Approvazione da parte della Giunta del Consolidati e dei Piani che ne verifica la coerenza con la pianificazione regionale e con le risorse a disposizione.

2. STRATEGIE ED OBIETTIVI REGIONALI

2.1-Stato di attuazione della programmazione sanitaria regionale nel periodo 1995-1999

L'attività pianificatoria e programmatoria regionale nel periodo 1995-1999 è stata caratterizzata dall'attuazione del processo di riordino (aziendalizzazione), indicato dalla normativa nazionale, e dalla manovra di revisione dell'offerta.

La nuova organizzazione, basata sul criterio dell'aziendalizzazione, prevede l'attivazione di un percorso tendente a responsabilizzare le Aziende e i loro operatori, ciascuno nel proprio livello organizzativo, sui risultati sanitari e sulla gestione.

La revisione dell'offerta, basata sui principi enunciati dal Piano Sanitario Nazionale e dalla normativa regionale (L.R. 13/95, L.R. 41/96, L.R. 10/98) puntava a riorientare l'assistenza sanitaria verso l'assistenza sanitaria di base (primary care), il contenimento e la qualificazione dell'ospedale sul paziente acuto, l'orientamento del Servizio sanitario regionale alla qualità.

Le linee strategiche regionali comprendevano:

- la responsabilizzazione delle Aziende sulla salute dei cittadini anche attraverso il finanziamento a quota capitaria;
- l'attribuzione ai distretti delle funzioni di governo della domanda e del collegamento agli erogatori dell'offerta;
- l'integrazione funzionale dei distretti con i servizi territoriali aziendali e con gli Enti locali;
- il coinvolgimento istituzionale dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta in obiettivi di salute aziendali.

E' solidamente avviata la gestione per obiettivi di salute (diminuzione di incidenza di patologie specifiche, disabilità, mortalità, aumento della diffusione di procedure efficaci). Gli obiettivi vengono rivisti annualmente, ad essi è collegato un adeguato numero di indicatori che sono alla base del sistema di monitoraggio dello stato di salute della popolazione.

Stato di salute della popolazione, situazione dell'offerta e qualità delle cure, nel periodo 1995-1999

I principali problemi dello stato di salute della popolazione, di offerta e di qualità delle cure erogate in Regione sono sinteticamente elencati di seguito.

- Presenza di popolazione anziana

La percentuale di popolazione anziana raggiunge livelli elevati in Regione. Gli ultrasessantacinquenni rappresentano infatti il 21% del totale della popolazione e gli ultrasessantacinquenni il 9,9%. Queste percentuali presentano i valori massimi nell'Azienda Triestina dove gli ultrasessantacinquenni sono circa il 24,8% e gli ultrasessantacinquenni il 12,3%.

Gli ultrasessantacinquenni assorbono il 52,4% della spesa ospedaliera, il 52,1% della spesa farmaceutica e il 51% della spesa ambulatoriale.

- Mortalità per neoplasie

Rispetto alla media nazionale la Regione Friuli-Venezia Giulia presenta un eccesso di mortalità del 25% nei maschi e del 16% nelle femmine. Tale eccesso è sostanzialmente dovuto, per entrambi i sessi, alle neoplasie legate al fumo e all'alcool e a stili di vita scorretti.

Va inoltre segnalato il caso del tutto peculiare dell'area di Trieste e di Monfalcone in cui è particolarmente frequente una neoplasia normalmente rara, il mesotelioma pleurico. Si tratta di una patologia legata all'uso dell'asbesto nell'industria navalmecanica e portuale che contribuisce a spiegare, nella stessa zona l'elevata presenza di tumori polmonari.

Per far fronte alla diffusione delle malattie tumorali la Giunta regionale, nel 1998, ha predisposto il Piano Regionale per le malattie Oncologiche.

- Mortalità per patologie cardio-cerebrovascolari

Il Friuli-Venezia Giulia si colloca nella media nazionale per mortalità legata a patologie circolatorie. Esistono invece differenze importanti tra le popolazioni delle aziende. In particolare esiste un eccesso di mortalità precoce nell'area montana che è sembrata essere in aumento negli ultimi anni. Le cause di tali diversità coincidono con quelle che spiegano l'eccesso di alcuni tipi di tumori.

A tale proposito è in fase di avvio quanto previsto dal Piano Regionale del 1998 per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

- Mortalità elevata per incidenti stradali e incidenti lavorativi

La Regione registra una mortalità per cause traumatiche superiore al resto dell'Italia del 25% nei maschi e dell'11% nelle femmine. Una parte rilevante di questa mortalità è dovuta agli incidenti stradali, in particolar modo in provincia di Udine, e a quelli lavorativi.

- Qualità delle cure erogate dall'insieme del servizio sanitario regionale.

Nella prevenzione sono stati raggiunti livelli elevati di copertura vaccinale nell'infanzia per la pertosse (95,9%), il morbillo (91,6 %), l'*Haemophilus influenzae* B (79,8%) e negli anziani per l'influenza (60,4%). E' inoltre stato avviato il programma regionale di screening dei tumori della cervice uterina che ha portato la copertura della popolazione femminile tra i 60 e i 65 anni (le prime ad essere invitate) dal 25,3 % al 52,3%; è in fase di avvio il programma di screening dei tumori della mammella.

In ambito ospedaliero è consolidato il programma di prevenzione delle infezioni nosocomiali, che prevede una verifica costante dei processi e una rete di sorveglianza regionale sulle infezioni della ferita chirurgica e delle resistenze antibiotiche. Nel corso dell'ultimo anno è stata rilevata un'incidenza di infezioni del sito chirurgico del 3%.

E' inoltre attivo un programma di prevenzione delle lesioni da decubito nelle persone ricoverate e assistite a domicilio o in RSA. Al programma è legato anche un sistema specifico di sorveglianza: nell'ultima rilevazione è stata rilevata una percentuale di pazienti con lesioni da decubito, nell'ospedale pari all'8%, nelle RSA pari al 17% e nell'assistenza domiciliare pari al 20%.

Sono state definite e avviate numerose linee guida regionali attraverso la partecipazione attiva dei medici di tutte le strutture. Tra queste le più rilevanti sono quelle su: diagnosi e cura dei tumori dell'utero e della mammella, profilassi antibiotica in chirurgia, terapia della polmonite ospedaliera, definizione di criteri clinici di gravità per le liste di attesa degli interventi di protesi d'anca e by-pass aorto-coronarico, protezione dei lavoratori del Servizio Sanitario Regionale, controlli di qualità in anatomia patologica.

E' stata promossa la partecipazione dei cittadini e delle associazioni alla valutazione della qualità delle cure in particolare sui tumori della mammella.

Nonostante i numerosi programmi attivati per il miglioramento della qualità delle cure il sistema non ha ancora inserito nei meccanismi gestionali specifici strumenti per raggiungere l'obiettivo di promuovere e aumentare i livelli di qualità delle cure. E' necessario che tali strumenti entrino a far parte dei meccanismi di gestione aziendale anche attraverso gli apporti specifici delle società scientifiche.

- Ricorso ai Servizi Sanitari della Regione.

Il ricorso alla prescrizione farmaceutica vede nella regione una percentuale di anziani del 36,4% che riceve più di quattro farmaci diversi nel corso dell'anno con variazioni per distretto che vanno dal 32,4% al 39,5%. Anche le prescrizioni di antibiotici sono piuttosto numerose; la percentuale di esposti almeno una volta nel corso dell'anno è del 44,5% da 0 a 14 anni, del 26,3% da 15 a 64 anni e del 32,3% oltre i 64 anni. Complessivamente in un anno il 64 % della popolazione della Regione viene esposto ad almeno un farmaco. I tassi di alcuni interventi chirurgici di elezione hanno elevata variabilità all'interno della regione: ad esempio la tonsillectomia varia dal 4 al 12 per mille residenti sotto i 8 anni, l'isterectomia dal 24 al 34 ogni mille donne, la colecistectomia dal 13,6 al 18,4 per mille abitanti.

A fronte di consumi elevati in alcune aree esistono ancora popolazioni che usano meno i servizi sanitari rispetto ad altre. Ad esempio il Pap-test viene eseguito regolarmente dal 39% della popolazione generale ma solo dal 25% delle donne tra i 60 e i 65 anni. I figli con un solo genitore (prevalentemente la madre) sono meno vaccinati degli altri, così come vengono vaccinate meno, rispetto al resto della popolazione, contro l'influenza le donne anziane che vivono da sole.

I distretti

In tutte le Aziende per i servizi sanitari sono stati istituiti i distretti e nominati i rispettivi responsabili. Sono state istituite le Unità di Valutazione Distrettuale per la gestione interdisciplinare dei casi complessi. Sono state inoltre formalizzate le rappresentanze dei medici di medicina generale all'interno dei distretti per la definizione di obiettivi e programmi annuali.

I problemi da affrontare sono ancora i seguenti:

- difficoltà di realizzazione di percorsi di cura che prevedano la continuità nel passaggio tra ospedale/RSA/ADI/MMG in particolare nel caso della presenza di un ospedale extra-aziendale;
- interazione ancora problematica tra dipartimenti di prevenzione, di salute mentale, delle dipendenze; da ciò conseguono la molteplicità di interventi sulla stessa persona senza coordinamento, la non coerenza di piani/progetti terapeutici e riabilitativi;
- limitate capacità e attività di monitoraggio dello stato di salute della popolazione e della qualità delle cure erogate;
- integrazione e condivisione ancora parziale e disomogenea degli obiettivi del distretto con le attività espletate dai medici di medicina generale, in particolare su metodi e strumenti di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate quali ad esempio le prescrizioni farmaceutiche;
- difficoltà di coordinamento efficace delle attività di propria competenza quali ADI, RSA, consultori, ambulatori specialistici, handicap.

Le modalità organizzative dei distretti sono ancora disomogenee.

L'ADI è stata attivata in tutti i distretti per 5 giorni la settimana, con copertura oraria che varia dalle 6 alle 12 ore. Le 12 ore sono attive in 7 distretti su 19. In 18 distretti è attiva anche il sabato (in due al bisogno) e in 14 al bisogno anche la domenica.

Si è avviata l'integrazione socio-sanitaria con i Comuni e con altri Enti locali.

Si è conseguito il potenziamento dei Dipartimenti per la Salute mentale con deistituzionalizzazione dei degenti degli ex ospedali psichiatrici e ampliamento dell'orario di attività di assistenza territoriale dei Centri di Salute Mentale.

Si è avviata la dipartimentalizzazione dei SerT, con 4 Dipartimenti per le dipendenze su 6 attivi nel 1998.

In ambito regionale le difficoltà emergenti e le problematiche riscontrate nel processo d'integrazione socio-sanitario riguardano:

- diffidenza istituzionale, in particolare nei grossi comuni che tendono a gestire in maniera autonoma fattori produttivi e offerta di servizi;

- oggettiva indeterminatazza dei confini tra gli interventi sociali organicamente inseriti nel progetto sanitario e quelli socio-assistenziali;
- divergenza di criteri, modalità e tempistica che regolano i finanziamenti dei due comparti (sanità e assistenza);
- rigidità dell'offerta e dei modelli d'erogazione in entrambi i comparti con conseguente autoreferenzialità nella produzione dei servizi;
- assenza di un sistema informatico nell'area socio-assistenziale che possa interfacciarsi con quello esistente nel S.S.R.

Se sul fronte della sanità le aspettative di sviluppo, conseguenti alla applicazione della L.R. 13/94 di riordino della rete ospedaliera, sono ancora in buona parte inattuata, sul fronte del sociale va rilevata la scarsa attenzione delle Amministrazioni Locali che non pongono, generalmente, tra i propri obiettivi prioritari i servizi socio-assistenziali.

- Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

I posti letto di RSA da attivare secondo il I° PIMT erano in tutta la Regione 1.280; a giugno 1999 ne sono stati realizzati 515 (previsti 597 a fine 1999).

La situazione per ciascuna Azienda è la seguente: A.S.S. n. 1 Triestina 84 posti letto su 340, A.S.S. n. 2 Isontina 130 posti letto su 180, A.S.S. n. 3 Alto Friuli 30 posti letto su 60, A.S.S. n. 4 Medio Friuli 159 posti letto su 380, A.S.S. n. 5 Bassa Friulana 30 posti letto su 120, A.S.S. n. 6 Friuli Occidentale 82 posti letto su 120. Sui 19 distretti 3 non sono dotati al momento di RSA.

La L.R. 13/1995 ed il I° PIMT prevedono la revisione della fase sperimentale di questa tipologia assistenziale. In particolare si impone la valutazione della coerenza dei modelli organizzativi e gestionali adottati con gli obiettivi e le finalità proprie delle RSA.

La valutazione eseguita sui ricoveri del secondo semestre 1998 per funzione riabilitativo-assistenziale secondo le indicazioni del I° PIMT evidenzia come all'ingresso in queste strutture i pazienti provenivano dal domicilio nel 42% dei casi -816- (37,5% senza assistenza domiciliare, 4,5% in assistenza domiciliare) e dall'ospedale nel 55%.

Questa prima valutazione delle ammissioni indica un utilizzo prevalentemente appropriato delle RSA. Il ricorso a queste strutture viene riservato in fase post-acuta a soggetti precedentemente in condizioni di indipendenza dai servizi sanitari; peraltro risulta limitato l'utilizzo delle stesse per soggetti definitivamente compromessi, come gli ospiti delle Residenze protette.

Infatti prima dell'ospedalizzazione precedente l'ingresso in RSA e prima dell'evento acuto o della precipitazione dello stato clinico che ha causato l'ingresso in struttura da altri servizi, il 94% -1770- di questi ricoveri proveniva dal domicilio, quasi tutti in assenza di assistenza domiciliare (84% -1583-), quindi verosimilmente senza bisogni assistenziali.

L'efficacia riabilitativa viene stimata mediante il confronto tra provenienza e destinazione dei soggetti presumendo che nella maggior parte dei casi l'intensività delle singole tipologie di servizi sia correlata ai bisogni assistenziali dell'utenza. Alla dimissione dalle RSA il 71% dei casi -1343- sono tornati a domicilio (senza assistenza domiciliare 59%, con assistenza domiciliare 12%), mentre l'istituzionalizzazione ha riguardato il 12% -220-; nel 17% dei ricoveri l'evoluzione è stata negativa (ospedalizzazioni: 169 casi; decessi: 143 casi).

L'analisi dei dati disponibili conferma le finalità relative alla temporaneità della funzione riabilitativa così come indicate dall'art. 17 della L.R. 13/1995, dal cap. 3.5 del PIMT e dall'art. 29 della L.R. 10/1998 e al contempo riorienta rispetto alla diversificazione delle funzioni specialistiche.

Le valutazioni effettuate su tutti i ricoveri del secondo semestre 1998 in RSA hanno evidenziato una ridotta accessibilità per la popolazione residente nei distretti che sono privi di questa tipologia di servizi, rispetto ai residenti dei distretti dove sono ubicate le strutture. Questa diversa accessibilità non è giustificabile in base a differenti necessità assistenziali.

L'attuale sistema di protezione socio-sanitaria dei soggetti deboli non offre risposte appropriate ad alcune necessità assistenziali emergenti. In assenza di servizi alternativi, i malati terminali, i soggetti in stato vegetativo persistente ed i dementi utilizzano frequentemente in modo improprio l'ospedale. Peraltro le famiglie sopportano carichi assistenziali elevati, mettendo a rischio il loro equilibrio psicofisico e socio-relazionale. Inoltre il reinserimento comunitario degli etilisti con problemi sociali non è sempre supportato da percorsi riabilitativi residenziali post-ospedalieri.

- Attività e offerta ospedaliera

Sul versante ospedaliero si è realizzata una significativa diminuzione della ospedalizzazione, passata da 215,4 ricoveri nel 1995 a 183,4 nel 1998 (a cui vanno sommati circa 14.000 ricoveri in ospedali extraregionali, per cui il tasso va aumentato di 11-12 ricoveri per 1000 abitanti). Questo con una previsione del Piano del 160/1000 (compresi i ricoveri extraregionali). Fra le diverse Aziende, pur tenendo conto della diversa composizione per classi di età dei residenti, emerge la specificità della situazione triestina ove il ricorso alle cure ospedaliere è superiore in tutte le classi di età e per tutte le tipologie di cura e dei reparti interessati.

L'inappropriatezza della prima giornata di ammissione è passata dal 36% del '95 al 12,2% del '98, i ricoveri ripetuti dal 14,1% del '95 all'8,7% del '98.

Nel 1998 la degenza media è stata di 7,1 giorni, a fronte di una previsione del primo PIMT di 11 giorni.

Si è registrato un generale miglioramento della complessità della casistica trattata.

Per quanto riguarda la manovra strutturale si è avuta una significativa riduzione dei posti letto: da 9,151 nel '94 a 7,068 nel '98 (di cui posti letto pubblici: da 8,336 a 6,297; posti letto privati: da 815 a 771); il primo PIMT prevedeva 7.208 posti letto negli ospedali pubblici.

Si è realizzata una riduzione di 18 Unità operative (da 297 a 279), conseguenza di 36 disattivazione e di 16 attivazioni; l'occupazione delle strutture di degenza è migliorata.

E' in avanzato stadio di attuazione, ma non ancora conclusa come invece previsto dal primo PIMT, la riconversione degli Ospedali ex art. 21 di Cividale, Gemona, Sacile, Maniago.

La riqualificazione degli ospedali di rete nelle aree dell'Emergenza, Cardiologia, Oncologia e Riabilitazione è in fase avanzata, ma anch'essa non ancora conclusa come invece previsto dal primo PIMT.

Si è avviata la dipartimentalizzazione, sia pure ancora parziale, con i primi Dipartimenti negli Ospedali Azienda di Pordenone e Trieste e negli Ospedali dell'A.S.S. n. 2 e dell'A.S.S. n. 3.; si è inoltre proceduto alla riorganizzazione del Day hospital ed alla attivazione del Day surgery, con differenti gradi di realizzazione.

Si è avviata l'integrazione ospedale-territorio con l'attivazione di dimissioni protette, percorsi diagnostici, valutazione multidimensionale, attività ambulatoriale.

Sono state intraprese azioni di riorganizzazione dei servizi generali e di esternalizzazione degli stessi.

Sul piano delle risorse, il personale complessivo degli ospedali è rimasto sostanzialmente invariato, in controtendenza rispetto all'obiettivo di fondo di spostare risorse sul territorio: si è registrata una diminuzione conseguente alle riconversioni degli ospedali ex articolo 21 e un incremento negli Ospedali azienda, contrariamente a quanto atteso, e nel Policlinico universitario di Udine.

Per quanto riguarda le azioni sulla qualità percepita e dei diritti dei cittadini si sono conseguiti importanti risultati con il programma "Carta dei servizi" e l'attivazione dell'Ufficio relazioni con il pubblico in ogni Azienda.

- Politiche del personale

Nell'ambito delle politiche del personale si evidenzia che:

- appare ancora debole l'identificazione del personale con l'ente nel suo insieme, con le finalità istituzionali, con la motivazione a raggiungere i risultati;

- non è ancora stata sufficientemente sviluppata la capacità a selezionare la leadership, in base alle attitudini e propensioni a sviluppare le istituzioni e le rispettive risorse, portando allo sviluppo collaboratori validi, stimolando il loro rendimento;
- non è ancora sufficientemente flessibile il rapporto fra personale e organizzazione, le soluzioni organizzative sono condizionate dalla struttura dell'organico e dalle qualifiche;
- è ancora debole l'attenzione al risultato, è questo un fenomeno strutturale del sistema, i circuiti di verifica della rispondenza obiettivi/risultato sono lunghi, dispersivi, lenti da percorrere, non precisi nell'identificare le priorità degli indicatori utilizzati per valutare i risultati e la produttività;
- appare ancora poco sviluppata la definizione degli organici, in funzione agli obiettivi strategici che l'azienda intende raggiungere ed al sistema di sviluppo delle carriere e dei sistemi retributivi a tutti i livelli;
- è ancora debole la politica di aggiornamento e formazione del personale agganciata ai cambiamenti organizzativi, culturali, economici, sociali, allo sviluppo delle carriere ed in funzione dei diversi ruoli professionali;
- non è sufficientemente sviluppata una cultura di confronto fra le diverse aziende sanitarie, derivante dalla analisi comparativa dei propri modelli organizzativi rispetto a quelli di altre realtà, per favorire la loro collaborazione e per realizzare un percorso di crescita comune.

- Politiche delle risorse

Aspetti economico-finanziari

Il quinquennio 1995/1999 è stato caratterizzato da due rilevanti eventi sul versante economico-finanziario e contabile:

Dall'1.1.97 la Regione esce dal finanziamento statale (F.S.N) e sceglie la strada dell'autofinanziamento del sistema sanitario regionale a fronte di maggiori compartecipazioni regionali sulle imposte;

Dall'1.1.98 il sistema sanitario regionale ha introdotto in via definitiva la contabilità economico-patrimoniale. Nonostante il verificarsi di questi eventi non consenta un'agevole comparazione tra flussi diversi (Stato/Regione) e grandezze diversamente misurate (costi/spese e ricavi/entrate), vengono comunque esposte nella tabella seguente i dati più significativi fra loro confrontabili.

ANNO	RISORSE INDISTINTE*	% INCREMENTO	PERDITE DI ESERCIZIO**	FABBISOGNO*	PATRIMONIO NETTO
1995	1.851.175.000.000	—			
1996	1.988.118.000.000	7,40%	37.909.046.554	6.021.102.046.554	
1997	2.143.900.000.000	7,84%			
1998	2.208.646.000.000	3,02%	76.867.974.893	2.285.513.974.893	
1999	2.302.000.000.000	4,23%	113.936.060.044	2.415.936.060.044	
Totale	10.493.839.000.000	—	228.713.081.491	10.722.552.081.491	1.973.028.651.578

*Al netto delle partite compensative, entrate proprie, funzioni finalizzate e delegate

** Per il 1999 valore stimato.

A fine quinquennio è rilevabile una perdita consolidata del 2,18% del totale delle risorse assegnate al sistema e del 11,59% sul patrimonio netto.

I dati di dettaglio rilevano i seguenti scostamenti significativi rispetto alla pianificazione:

- Situazione dei costi di spedalizzazione superiori al 55% dei fondi disponibili con una sostanziale rigidità nel periodo;
- Particolare sofferenza economico-finanziaria nell'area giuliano-isontina e nell'area ospedaliera udinese;
- Significativa compressione delle risorse destinate ai nuovi servizi territoriali per il fortissimo aumento della "spesa farmaceutica";
- Significativa diminuzione economica del saldo attivo di mobilità sanitaria per lo più dovuto a motivazioni tariffarie.

Gli investimenti nel periodo 1995 -1999

Nel periodo 1995-1999 le risorse per investimenti da bilancio regionale sono assommate a ca. 412 miliardi (contro 178 miliardi nel quinquennio 1990-1994), attestandosi annualmente a ca. il 4% in rapporto al Fondo sanitario regionale-spese correnti. A tale importo nel 1999 si sono aggiunti 51 miliardi anticipati dalla regione a fronte di futuri contributi statali e proventi di alienazioni.

I contributi statali, che hanno fatto capo quasi esclusivamente alle leggi n. 67/88 (art. 20) e n. 135/90 (piano di interventi per la lotta all'AIDS), sono stati resi disponibili nel periodo dal 1995 al 1999 per un importo di ca. 260 miliardi.

L'autofinanziamento degli investimenti da parte delle Aziende è consistito in ca. 40 miliardi, e si è concentrato in particolare nel periodo 1997-1999.

I piani di investimento, suddivisi in piani di rilievo aziendale e piani di rilievo regionale, hanno destinato le risorse regionali e proprie come indicato di seguito:

Territorio: ca. 18 %

Ospedale: ca. 82 %

Edilizia : ca. 63 %

Attrezzature: ca. 37 %

Il valore del patrimonio indisponibile (a meno degli I.R.C.C.S. e del PUGD), come rilevato al fine della redazione dello stato patrimoniale al 31.12.97, è stato valutato (valore storico) in ca. 450 Mld (50 Mld nel territorio) per i beni mobili, di cui attrezzature biomediche per ca. 300 Mld (66% già ammortizzato), e in ca. 1.335 Mld (235 Mld nel territorio) per i beni immobili ed impianti (età media di 38 anni per gli ospedali e di circa 46 anni per il territorio).

Pur registrando un incremento di efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili (maggiore tempestività nell'avvio degli acquisti e delle progettazioni), in alcune aziende la definizione del piano di investimento continua ad essere frammentaria ed incerta.

Il livello di strutturazione delle unità operative, incrementatosi in questi anni in particolare nel settore edile, ha consentito di superare momenti critici (fallimenti di imprese, avvio di grandi opere), ma per le grandi aziende ospedaliere permane la criticità nel settore degli acquisti, alla quale concorrono anche la lentezza del processo di pianificazione e/o le modalità organizzative dei processi di acquisto.

Il livello di rispondenza a norma delle strutture ospedaliere, che pur necessitano di consistenti interventi, la gran parte dei quali in corso, permane al di sotto della soglia di criticità, come confermato anche dall'esito sostanzialmente positivo delle ispezioni ai comparti operatori effettuata nell'ambito di una campagna di verifiche a tutte le strutture ospedaliere italiane.

Le opere edili-impiantistiche

Sono pienamente attivati i piani art. 20 L.67/88 I° triennio e II° fase e le opere connesse al I° PIMT, anche se non si sono ancora attuate le precondizioni strutturali indispensabili per una configurazione e una funzionalità diversa degli ospedali e delle RSA regionali.

Si sono sostanzialmente concluse le opere relative all'Ospedale di Palmanova (Jalmicco), del I° lotto dell'Ospedale di Spilimbergo e della ristrutturazione delle sale operatorie dell'Ospedale di Pordenone, alle RSA di Tarcento, Codroipo, Maniago e cerebropatologici ex-IPAMI di Trieste.

Permane la criticità nell'area del Polo ospedaliero udinese, anche a seguito della tardiva definizione del Protocollo Regione-Università. In tale area è sostanzialmente rimasta ferma la progettazione e la realizzazione della logistica condivisa con il PUGD (oncologia, materno infantile etc.) mentre si è riavviato il processo realizzativo aziendale (cantieri di ristrutturazione e messa a norma) e quello progettuale relativo al nuovo ospedale (conseguente all'attribuzione di una prima quota di fondi statali).

E' stata riavviata la progettazione della struttura ospedaliera goriziana da collocare nell'area del S.Giovanni di Dio mediante riutilizzo dell'edificio esistente e suo ampliamento.

Inoltre, a livello di strutture territoriali, si segnalano interventi di rilievo nel settore dei CSM (A.S.S. n. 1, A.S.S. n. n. 6) e delle sedi distrettuali (sede del distretto 1 dell'A.S.S. n. 1, sedi direzionali c/o S.Osvaldo di Udine, sede distrettuale di Azzano Decimo, etc.).

Gli acquisti

Tra gli interventi coordinati a livello regionale si segnala il rinnovo delle centrali telefoniche delle quattro centrali operative del 118 (l'avvio operativo è iniziato a gennaio 1999) e l'acquisto e l'installazione del nuovo sistema informatico dei centri trasfusionali.

E' proseguito il supporto nell'utilizzo di capitolati speciali su materiali e dispositivi medici rilevanti (filtri per dialisi, pace-makers e protesi) con esito favorevole delle gare in termini di qualità ed economicità delle forniture.

Il programma speciale "Avvio dell'Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie", finanziato dal Ministero della sanità e concluso positivamente nel biennio 1996-1998, è stato prolungato fino al luglio 2000; permane tuttavia in numerose aziende regionali criticità organizzativa e professionale nel pieno utilizzo degli strumenti informativi ed informatici disponibili per la migliore conduzione dell'acquisto e della gestione del patrimonio mobile.

2.2 Strategie ed obiettivi regionali

I principali obiettivi che devono essere perseguiti nel triennio dalla sanità regionale sono:

1. Perseguire l'equità della distribuzione delle risorse in rapporto ai bisogni (quota pro-capite pesata e corretta) per ottenere un riequilibrio, sia a livello territoriale (per area geografica) che settoriale (ospedale/territorio) e rispettare il vincolo di bilancio economico.
2. Sviluppare l'aziendalizzazione del Servizio sanitario regionale, rafforzando la distinzione di ruolo e funzioni tra momento politico e momento tecnico e tra i livelli di responsabilità strategica-attuativa-gestionale utilizzando anche lo strumento della delega ai responsabili di struttura operativa. Ciò significa incentivare il processo di responsabilizzazione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere attribuendo una reale autonomia di budget alle strutture operative e con il coinvolgimento dei responsabili delle unità operative.
3. Pervenire in tutte le Aziende a condizioni di equilibrio fra mandato, dimensionamento, costo delle attività e risorse disponibili.
4. Procedere nel riorientare il Servizio sanitario regionale alla "Primary care", perseguendo contestualmente la deospedalizzazione, il potenziamento delle attività preventive e dei servizi extraospedalieri. E' necessario uno sforzo di orientamento verso la prevenzione primaria delle Aziende e in particolare dei Dipartimenti di prevenzione, dei Distretti, dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; tali azioni vanno inoltre concertate con tutti gli attori interessati quali gli enti locali, le associazioni di categoria, la scuola. Devono essere riequilibrati le dotazioni dei distretti. Vanno monitorati, valutati e affrontati i problemi di accessibilità dovuti a residenza, stato sociale o età.
5. Proseguire l'azione volta a ricondurre il ruolo della degenza ospedaliera alla cura del paziente acuto e quindi depurare progressivamente l'ospedale da funzioni vicarie rispetto a funzioni territoriali e residenziali, contenendone e riqualificandone le dotazioni (anche sul versante edilizio e logistico) e sviluppando ulteriormente l'organizzazione dipartimentale. Devono essere messe in atto tutte le iniziative in grado di riqualificare la domanda diminuendo il "consumismo sanitario" presente in regione e in alcune aree in particolare.
6. Consolidare nel Servizio Sanitario regionale la gestione per obiettivi di salute.
7. Individuare, a partire dai problemi rilevati, l'impiego delle risorse e l'assetto dei servizi, demandando con flessibilità alle Aziende, il mixaggio dei fattori produttivi, la ricerca dei migliori assetti organizzativi e lo sviluppo delle politiche del personale valorizzando anche attraverso la formazione le specifiche professionalità.
8. Assegnare alle Aziende per i servizi sanitari ed in particolare al Distretto la responsabilità di promozione e tutela della salute dei cittadini, soprattutto per le fasce di popolazione più debole (anziani, portatori di handicap, area delle dipendenze, area materno-infantile, area della Salute mentale), garantendo per i propri residenti la continuità terapeutica, maturando la capacità di svolgere gradualmente il ruolo di acquirente verso altre Aziende o altri produttori interni al sistema pubblico (Aziende ospedaliere) o esterni (soggetti privati) e sviluppando sulle aree ad alta integrazione socio-sanitaria il raccordo con gli enti locali territoriali.
9. Armonizzare un "mercato regolato" in cui operano il sistema pubblico-composto da un gruppo di Aziende (Aziende per i servizi sanitari ed Aziende ospedaliere) che perseguono tutte gli stessi obiettivi di salute e di efficienza ed efficacia nell'impiego delle risorse (anche mediante lo sviluppo di accordi interaziendali) -che mantiene un ruolo di garante del cittadino e di regolatore del sistema, e un comparto privato che viene stimolato a finalizzare meglio ed a ridefinire la composizione qualitativa (tipologia) di questa presenza, orientandola verso i settori e le aree in cui vi è una carente copertura del servizio pubblico. In particolare sul settore privato la Regione intende favorire la costituzione di società miste pubblico-privato per l'erogazione di prestazioni o per una più efficiente gestione ed organizzazione dell'attività, la definizione, anche sperimentale, di ammontari globali di risorse a fronte di programmi assistenziali predefiniti da monitorare sul versante assistenziale e non solo economico e l'apertura al

“privato” di aree di attività attualmente non coperte dal servizio pubblico in relazione alla capacità, qualità ed economicità dell’offerta “privata” rispetto a quella pubblica.

10. Inserire i tre I.R.C.C.S. (Burlo Garofolo di Trieste, Centro regionale oncologico di Aviano e l’Istituto “La Nostra Famiglia” di San Vito al Tagliamento) ed il Policlinico universitario di Udine nel sistema regionale per definirne l’apporto ai fini delle funzioni assistenziali, evitando inutili duplicazioni e garantendo il coordinamento tra la loro attività di ricerca e di didattica e le politiche regionali.
11. Sviluppare strategie di qualità orientate al miglioramento continuo della qualità, alla medicina basata sulle prove scientifiche (Evidence based medicine), all’applicazione uniforme (pubblico/privato) dei requisiti di accreditamento, all’attenzione alla qualità percepita dal cittadino per garantire appropriatezza, tempestività, accessibilità, umanizzazione e personalizzazione.

I principi di appropriatezza e di priorità clinica costituiranno la base anche per l’assegnazione di risorse e la costruzione di eventuali liste di attesa differenziate per priorità.

Per tutte le prestazioni si deve garantire una qualità tecnica adeguata, che significa presenza di formazione di base e continua, competenza, verifiche dei processi e dei risultati. Ove la componente tecnologica o la complessità organizzativa siano rilevanti, dovranno essere definite le collocazioni e le modalità organizzative più adeguate a garantire i principi espressi.

Sono obiettivi di salute per il triennio 2000-2002:

- a) diminuzione della mortalità, dell’incidenza e della disabilità dovute alle patologie del sistema circolatorio;
- b) diminuzione della mortalità, dell’incidenza e della disabilità dovute alle patologie tumorali;
- c) diminuzione della mortalità, dell’incidenza e della disabilità dovute a incidenti stradali e infortuni lavorativi;
- d) diminuzione della mortalità, dell’incidenza e della disabilità dovute a broncopneumopatie croniche ostruttive, disturbi psichici, diabete, fratture di femore;
- e) miglioramento dei tassi di copertura della popolazione di procedure o pratiche efficaci;
- f) miglioramento dell’appropriatezza dell’uso delle procedure e ed erogazione delle prestazioni sanitarie; in particolare:
 - diminuzione delle ammissioni e dei ricoveri inappropriati;
 - definizione e applicazione di linee guida per alcuni interventi chirurgici;
 - diminuzione dell’incidenza delle lesioni da decubito in pazienti ricoverati, adozione di strumenti per prevenzione e cura delle lesioni da decubito in pazienti dei servizi domiciliari e RSA;
 - diminuzione del numero di pazienti riammessi in ospedale per complicazioni;
 - definizione di protocolli di valutazione periodica degli anziani in politerapia farmacologica;
 - definizione di protocolli per l’accesso ad alcune prestazioni;
 - diminuzione dell’uso improprio di farmaci antinfettivi;
- g) promuovere comportamenti e stili di vita per la salute con particolare riferimento a fumo, alcool, dieta e attività fisica;
- h) promuovere il miglioramento del contesto ambientale riguardanti aria, acqua, alimenti, radiazioni e rifiuti.

Gli obiettivi vengono rivisti annualmente sulla base dei problemi emersi a livello regionale o sulla base di determinazioni di progetti o piani nazionali. Al sistema degli obiettivi è collegato un adeguato numero di indicatori che costituiscono il sistema di monitoraggio dell’andamento della salute della popolazione e delle attività del Servizio sanitario regionale. Il sistema di monitoraggio deve essere parte integrante del controllo di gestione delle aziende e dei distretti. Ad alcuni obiettivi ritenuti rilevanti può essere collegato un meccanismo di finanziamento specifico. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati fa parte della valutazione delle attività dei direttori generali.

2.3 Adozione di modelli di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure

La promozione, la valutazione e il miglioramento della qualità delle cure sono strumenti:

- di tutela e di garanzia dei cittadini che hanno contatto con il S.S.R.;
- di miglioramento della professionalità del personale;
- di valutazione dell'efficacia della gestione delle Aziende.

Il S.S.R. si dota di sistemi di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure erogate dai servizi e dalla strutture sia pubblici che privati accreditati.

Tali sistemi devono prevedere programmi specifici e indicatori in grado di misurare i risultati ottenuti.

Le aree su cui deve essere misurata la qualità saranno scelte in base a priorità definite sulla base dei seguenti criteri:

- riferirsi a patologie rilevanti in termini di numero, carico assistenziale e gravità;
- essere complessi per caratteristiche di interdisciplinarietà, continuità delle cure intra ed extra-ospedaliere e piani terapeutici adottati;
- essere esemplari nel descrivere la qualità, l'efficienza e l'efficacia dei servizi o dei percorsi terapeutici che misurano;
- essere incentrati sui processi di cura che la persona riceve piuttosto che sulle singole prestazioni.

La qualità dei risultati viene valutata attraverso un sistema di indicatori nel medio e lungo termine anche utilizzando quelli già indicati dalla normativa regionale vigente. Nel breve termine, come ad esempio nei piani annuali, oltre agli eventuali indicatori di risultato disponibili, la qualità sarà valutata attraverso indicatori di struttura e di processo oltre che di adesione ai programmi. In tale direzione sarà anche utilizzato il processo di accreditamento, come strumento di garanzia di predefiniti livelli qualitativi, omogenei su tutto il territorio regionale.

I programmi e gli strumenti di valutazione sono definiti nelle linee guida per la gestione del servizio sanitario regionale o all'interno di programmi specifici.

I programmi di promozione e valutazione della qualità, dell'appropriatezza e dei risultati delle cure erogate fanno parte integrante dei programmi annuali (obiettivi annuali e politiche gestionali) di cui all'art. 18 della L.R. 49/1996.

I risultati ottenuti e i rispettivi indicatori adottati fanno parte integrante delle valutazioni di cui agli art. 26 e 28 della stessa legge (Relazione del Direttore Generale sulla gestione e Relazione sullo stato di attuazione del programma annuale consolidato).

Il processo di promozione e valutazione della qualità è articolato su più livelli coerenti tra loro per finalità e metodologia:

- Livello di Azienda, di struttura o unità operativa:
la promozione e la valutazione di qualità devono essere parte integrante dei meccanismi di gestione. A questo livello devono essere attivati processi di revisione tra pari che devono valutare: a) l'adeguatezza dei processi, b) i possibili miglioramenti di risultati; c) la rispondenza dei processi e dei risultati a standard attesi. Ove non siano presenti espliciti standard il confronto avviene con altre unità o strutture operative della Regione attraverso il processo di benchmarking.
- Livello regionale:

la promozione avviene attraverso i contenuti specificati annualmente nelle Linee di Gestione del Servizio sanitario Regionale. Le linee conterranno programmi, indicatori e modalità di verifica dei temi ritenuti rilevanti e oggetto di valutazione. Per programmi regionali rilevanti verranno attivate forme di coordinamento tra le aziende al fine di garantire omogeneità e qualità dei risultati. Ove necessarie, verranno attivate anche specifiche attività di formazione. L'adesione, l'attivazione e il monitoraggio dei programmi verranno sostenuti anche attraverso l'inclusione di standard tra i criteri di accreditamento o modulazioni tariffarie.

Dovranno essere avviate iniziative volte a migliorare l'informazione della popolazione anche sui risultati ottenuti dal S.S.R. attraverso rapporti periodici che conterranno gli aspetti della qualità che il sistema avrà monitorato.

L'introduzione di nuove tecnologie con rilevante impatto sul Servizio Sanitario Regionale deve essere valutata preventivamente attraverso la metodologia cosiddetta del "technology assessment" e cioè tenendo conto di valutazioni rispetto a tecnologie già esistenti, costo/efficacia, costo/beneficio, impatto organizzativo, necessità di formazione. Ogni valutazione sarà effettuata congiuntamente da organi tecnici della Regione e dalle società scientifiche.

3 LE POLITICHE PER LE RISORSE

3.1 Il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale nel triennio 2000-2002

L'entità delle risorse

Le risorse finanziarie che la Regione impegna nel proprio bilancio per la gestione del S.S.R. nel triennio 2000-2002 sono definite negli importi esposti nella tabella che segue. Le risorse non comprendono il finanziamento delle funzioni trasferite all'ARPA e il finanziamento a favore dell'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti. Sono per contro incluse, le risorse ex L.R. 9/96 e l'importo di 13 miliardi delle cosiddette "leggi speciali".

ANNO	Fondo Sanitario Regionale	Fondo per il risanamento	Fondo Investimenti	TOTALE
2000	2.348,0	90,0	90,0	2.528,0
2001	2.426,0	67,5	90,0	2.583,5
2002	2.507,0	45,0	90,0	2.642,0
TOTALE	7.281,0	202,5	270,0	7.753,5

(valori in miliardi di lire)

La Regione s'impegna a modificare l'entità del finanziamento, al verificarsi delle seguenti condizioni:

- a) Perdita consolidata, presentata in sede di bilancio d'esercizio 1999 da parte di Aziende Sanitarie regionali, superiore a quella prevista dall'art. 10-comma 5-della L.R. 19.12.1996 n. 49, per cui è previsto un intervento regionale. L'intervento è costituito da una assegnazione finanziaria "una tantum" per la sola parte eccedente il limite di cui alla citata L.R. n. 49/96;
- b) Presenza di oneri aggiuntivi obbligatori derivanti da norme di legge o dall'applicazione dei contratti di lavoro del personale dipendente che complessivamente eccedano il 3% dei costi a tale titolo rilevati nell'anno precedente a quello di riferimento e presenza di oneri aggiuntivi per assistenza farmaceutica eccedenti il 3% dei costi a tale titolo rilevati nell'anno precedente a quello di riferimento;
- c) In ogni altra situazione derivante da decisioni modificative di funzioni, tariffe e dell'offerta strutturale non previste nella programmazione triennale. Al verificarsi di tali situazioni rilevate in via formale nei tempi e modalità previste dagli articoli 20, 22 e 27 della L.R. 49/96, la Regione adotta i conseguenti provvedimenti per il riequilibrio economico consistenti nella modificazione delle risorse economiche ovvero della programmazione aziendale.

La manovra economico-gestionale del triennio prescinde dal risultato economico consolidato al 31-12-1999

L'allocazione delle risorse

I principi ed i criteri ai quali il meccanismo di riparto del Fondo Sanitario Regionale deve attenersi sono i seguenti:

- a) destinazione di una quota del finanziamento per le attività i cui oneri sono sostenuti a livello regionale e per "progetti obiettivo";
- b) ripartizione delle risorse "indistinte" con il metodo del "pro-capite" pesato per età e corretto con rapporto standardizzato di mortalità (SMR);
- c) destinazione delle risorse per il 55% all'attività ospedaliera e per il 45% a quella extraospedaliera;
- d) remunerazione a tariffa delle prestazioni per le quali la Regione ha definito apposito tariffario;
- e) correzione del finanziamento per le attività di ricerca, didattica, attività non tariffate;
- f) destinazione all'offerta ospedaliera ed ambulatoriale privata regionale delle seguenti risorse:

Anno	Milioni
2000	88.000
2001	90.930
2002	93.958

- g) le correzioni di cui alla precedente lettera e), relativamente alle attività di ricerca, cessano a partire dall'anno 2001.

La manovra economico-gestionale del triennio

Al fine di pervenire gradualmente all'equilibrio tra costo dell'offerta sanitaria regionale ed entità delle risorse a disposizione il sistema sanitario regionale e le Aziende sanitarie devono attivare una manovra strutturale orientata su tre punti fondamentali:

- a) equilibrio dei costi con i ricavi derivanti da finanziamenti equamente ripartiti sul territorio regionale secondo i criteri di riparto stabiliti dal presente piano;
- b) equilibrio tra costi e ricavi pervenendo gradualmente all'impiego di risorse per il 55% nel settore ospedaliero e per il 45% nelle altre funzioni assistenziali, da intendersi quali valori medi regionali;
- c) equilibrio fra costi e ricavi mediante la graduale riduzione dei costi nelle Aziende, I.R.C.C.S. e Policlinico Universitario di Udine che presentano oneri di gestione superiori ai finanziamenti regionali attribuiti con i criteri delle precedenti lettere a), b), d), e).

Considerato che attualmente alcune Aziende si trovano in situazioni economiche fortemente sbilanciate rispetto alla situazione ipotizzata a regime, le risorse regionali del triennio saranno ripartite come segue:

- a) l'importo del F.S.R. segue il criterio del "pro-capite" così come esposto nel presente piano;
- b) l'importo del "Fondo aggiuntivo" viene attribuito alle Aziende i cui costi risultano superiori ai ricavi di almeno il 2%.

Il finanziamento deve rendere tecnicamente possibile il target di rientro dai costi esposti nei bilanci di previsione aziendali. A tal fine le Aziende, nel predisporre il bilancio preventivo, adottano il metodo previsto per la redazione di un "piano industriale" da cui emergano le azioni e i correlati effettivi costi, per strutture e fattori produttivi, che consentano il pareggio della gestione.

3.2 Gli interventi edilizi e le tecnologie

Il finanziamento

La disponibilità finanziaria prevista nel triennio 2000-2002 deriva dalle seguenti fonti:

Fondi da bilancio regionale:

Importo complessivo annuo pari a lire **90 miliardi** suddiviso ciascun anno in due quote:

- a) quota per il finanziamento degli *investimenti di rilievo aziendale*, da ripartire tra le Aziende con le regole ed i parametri utilizzati per il finanziamento procapite e tariffario (tale quota è pertanto da intendersi integrativa del F.S.R.);
- b) quota in conto capitale per il finanziamento degli *investimenti di rilievo regionale*.
L'entità degli investimenti di rilievo regionale, definita nell'ambito delle linee annuali di gestione del S.S.R., determina l'importo residuo destinato al finanziamento degli investimenti di rilievo aziendale.

Altri fondi :

Gli *investimenti di rilievo aziendale* possono essere finanziati anche mediante *autofinanziamento aziendale* derivante da:

- alienazioni (parte residuale delle alienazioni previste per il finanziamento degli interventi di rilievo regionale);
- altro (contributi di tesoreria, donazioni, mutui, project financing etc).

Il piano aziendale annuale definisce le modalità di investimento (contrazione di mutui aziendali, leasing operativo, project financing etc.) e le risorse di autofinanziamento con riferimento alla compatibilità con la programmazione e con l'andamento del conto economico aziendale e previa valutazione delle alternative.

Gli *investimenti di rilievo regionale* sono finanziati anche mediante:

- i *contributi statali* derivanti dall'art. 20 Legge n. 67/88 II fase, in rapporto ai quali verrà stipulato l'accordo di programma con il Ministero della sanità, previsto dal D.L. n. 229/99, in modo da confermare il contributo statale e temporizzarlo rispetto l'andamento della progettazione esecutiva e l'avanzamento dei cantieri;
- il *contributo statale* derivante dalla L. n. 39/99 per la realizzazione di hospice;
- i *proventi da alienazioni* di beni patrimoniali resi disponibili dall'utilizzo delle nuove strutture realizzate o dalla riorganizzazione dei servizi;
- *anticipazioni da bilancio regionale*: i proventi da alienazioni ed i contributi statali potranno essere anticipati mediante specifici fondi regionali nella entità che annualmente saranno definite dalla legge di bilancio in rapporto alla necessità di risorse per l'avanzamento delle opere ed ai tempi di disponibilità dei beni e di collocazione sul mercato degli stessi.

Gli investimenti

I criteri di priorità per la definizione dei piani annuali, sia aziendali che di rilievo regionale, e per il conseguente dimensionamento delle risorse sono i seguenti:

- verifica dell'avanzamento degli interventi in corso per determinare l'entità delle risorse eventualmente necessarie per il loro completamento (opere ed attrezzaggio);
- verifica del dimensionamento strutturale (patrimonio indisponibile) in rapporto alle funzioni ed alle attività e definizione di un piano logistico aziendale che preveda il pieno utilizzo in condizioni di sicurezza e accreditabilità del patrimonio ritenuto necessario;

- valutazione dell'impatto economico-organizzativo dei nuovi interventi e delle ristrutturazioni (costi gestionali, personale, attività etc...);
- potenziamenti strutturali e tecnologici indirizzati e dimensionati in rapporto al mandato regionale e all'attrazione consolidata extraregionale;
- rinnovo strumentale ed innovazione tecnologica basati su programmi di riduzione dell'obsolescenza e sulla verifica del pieno utilizzo (attività su 12 ore/die per le grandi attrezzature), dell'appropriatezza, dei protocolli clinici e dell'impatto economico-organizzativo;
- verifica ed adeguamento del livello di capacità aziendale di realizzazione dei programmi e degli specifici interventi (professionalità, organizzazione, tempi etc...);
- valutazione della praticabilità e opportunità di modalità innovative di intervento e acquisizione.

a) investimenti di rilievo aziendale:

I piani degli investimenti di rilievo aziendale riguardano in via prioritaria il rinnovo strumentale (attrezzature biomediche, informatiche e tecnico economiche) e gli interventi di manutenzione straordinaria e ristrutturazione, necessari per la riorganizzazione delle attività e/o finalizzati all'adeguamento normativo ed all'accreditamento delle strutture.

b) investimenti di rilievo regionale:

Il piano degli investimenti di rilievo regionale verrà definito in rapporto ai seguenti settori di intervento:

Completamento della rete ospedaliera e degli interventi del I P.I.M.T.

- Revisione delle opere in corso (da finanziarsi anche mediante previsioni di alienazione e relativa anticipazione regionale) derivanti dalla nuova normativa intervenuta, in particolare per le opere di meno recente progettazione, e completamento delle opere del I triennio ex art. 20 L. n. 67/88 e del I° PIMT (Ospedali di Jalmicco-Palmanova, S. Polo di Monfalcone, Anatomia Patologica e sistemazioni esterne dell'ospedale di Cattinara-Trieste, adeguamento normativo e ristrutturazione del Polo ospedaliero udinese, II° lotto di ristrutturazione dell'ospedale di Cividale).
- Prosecuzione e avvio degli interventi del piano di investimenti della II fase dell'art. 20 L.67/88:
 - Ospedale di Gorizia: progettazione e realizzazione dell'opera nell'area dell'ospedale S. Giovanni di Dio mediante integrazione e ristrutturazione delle strutture esistenti;
 - Polo ospedaliero udinese: Avvio del cantiere del I stralcio dell'opera. Definizione, in relazione alla fattibilità tecnica, alle modalità contrattuali di affidamento, alle previsioni di programmazione sanitaria e alla disponibilità delle risorse, dell'opportunità di progettare in esecutivo e realizzare in unica soluzione la nuova edificazione nel Polo ospedaliero di Udine (cantiere di ca. 350 Mld comprensivo di opere già previste in project financing per circa 70 Mld). Conferma delle soluzioni e delle finalità di utilizzo delle risorse per investimento del PUGD secondo il programma di interventi già definito dal Protocollo Regione-Università (quota statale di 28 Mld e risorse proprie confluenti nel progetto complessivo del Polo ospedaliero);
 - Ospedale I.M.F.R. Gervasutta: realizzazione mediante ristrutturazione della struttura per la riabilitazione di terzo livello;
 - Rete ospedaliera triestina: verifica ed ridefinizione della progettazione relativa al II lotto dell'Osp. Maggiore (poletto tecnologico) e di quelli successivi (ristrutturazione degenziale) in rapporto alle necessità di struttura ospedaliera per acuti nel medio lungo periodo (5 -10 anni) corrispondente ai tempi di ultimazione dei lavori.
- Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico:
 - C.R.O. di Aviano: destinazione dei fondi statali al rinnovo tecnologico ed alla messa a norma, piuttosto che ad ampliamenti di superficie;
 - Burlo Garofolo: verifica delle previsioni di intervento in rapporto al mandato dell'I.R.C.C.S. e alle integrazioni funzionali tra le strutture sanitarie dell'Area triestina nel periodo medio-lungo.

Adeguamento ai requisiti minimi di accreditamento

- Interventi necessari per l'accreditamento degli ospedali della rete ospedaliera mediante opere di ristrutturazione e messa a norma sulla base degli studi di fattibilità predisposti nel 1999;
- adeguamento dell'ospedale di Pordenone;
- interventi in vari ospedali della rete ospedaliera regionale.

Piani logistici aziendali

- Definizione ed attuazione, anche mediante alienazioni e relative anticipazioni regionali, di piani di ristrutturazione logistica in rapporto alla ridefinizione organizzativa ed alle esigenze operative territoriali (in particolare A.S.S. n. 1, A.S.S. n. 5 ed A.S.S. n. 4).

Attrezzaggio degli ospedali in via di completamento

- Prosecuzione del finanziamento specifico per il completamento delle sale operatorie ospedaliere di cui alla delibera della Giunta regionale n. 1638 del 29-5-1998, nonché per l'attrezzaggio degli ospedali in via di completamento nel periodo di validità del piano (ospedali S.Polo di Monfalcone, Tolmezzo, Gervasutta, Polo ospedaliero udinese, Anatomia Patologica dell'ospedale di Cattinara).

Innovazione tecnologica

- Acquisizione di tecnologie negli ospedali di alta specialità e rilievo nazionale e regionale per rinnovo e/o innovazione nei settori ad alta complessità tecnologica e con priorità per quelli connessi con funzioni di riferimento regionale.
- Rinnovo delle tecnologie dei sistemi a valenza regionale (rete radiomobile dell'emergenza sanitaria, progetti regionali, etc.).

Strutture di offerta extra ospedaliera

- Avvio e realizzazione di opere mediante coordinamento nell'utilizzo delle risorse statali (Legge n. 39/99 per la realizzazione di hospice), regionali e aziendali per la residenzialità non ospedaliera (RSA, hospice, case protette, etc.) per la copertura delle aree territoriali carenti e settori di bisogno emergente (morbo di Alzheimer etc...).

3.3 Le politiche del personale

Le risorse umane assumono un ruolo centrale e propulsivo nel processo di rinnovamento del Servizio Sanitario Regionale. Tale processo è in funzione di un'organizzazione che va incontro al cittadino, sempre più sensibile alla qualità del servizio offerto, dove l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni e dei servizi offerti dipende da loro stesse e dal loro contributo produttivo.

E' necessario quindi potenziare l'investimento sui dipendenti per aggiungere loro valore, favorendo lo sviluppo delle politiche del personale.

La tendenza generale di gestione delle risorse umane deve essere spinta verso un coinvolgimento partecipativo sempre più marcato e verso uno sviluppo continuo dell'individuo e del gruppo, attraverso la valorizzazione del potenziale umano orientato ad effettuare investimenti significativi in professionalità, utilizzando un approccio di confronto alla gestione delle risorse umane.

E' necessario valutare complessivamente i problemi e cercare soluzioni che facciano riferimento ai seguenti criteri:

1. aumento della motivazione ad attrezzarsi culturalmente con metodologie che consentano il passaggio dall'amministrazione alla gestione fino allo sviluppo delle risorse umane;
2. attuazione di una programmazione relativa alla gestione del personale, che costituisce la base sulla quale si attuano tutti gli altri meccanismi operativi.

L'acquisizione di risorse deve essere strettamente legata alla conoscenza delle esigenze strategiche aziendali di medio e lungo termine, dall'altra devono essere tenuti in considerazione i fabbisogni quantitativi e qualitativi delle risorse umane coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi.

L'importanza di questa fase è tale da richiedere il coinvolgimento della struttura aziendale relativa ai livelli più alti, ovvero la direzione generale ed il suo staff.

Questa fase risponde alle necessità di costruire una mappa dinamica delle esigenze, costituita da profili di riferimento, ogni profilo deve corrispondere alla macro descrizione della posizione in termini di:

 - descrizione delle attività e delle responsabilità relative al processo di lavoro;
 - descrizione delle conoscenze richieste per lo svolgimento del ruolo;
 - descrizione delle caratteristiche cognitive;
 - descrizione delle attitudini interpersonali e sociali richieste dalla posizione;
 - descrizione delle responsabilità, delle deleghe;
3. selezione del personale con superamento di prove tecniche relative alle responsabilità del processo di lavoro, alle conoscenze richieste per lo svolgimento del ruolo, ma tenendo conto anche della previsione degli sviluppi, ovvero dell'insieme delle attitudini e delle caratteristiche individuali non ancora espresse e che potrebbero essere sviluppate;
4. inserimento e orientamento dei neoassunti a tutti i livelli;
5. individuazione e valorizzazione, da parte dei dirigenti, di risorse potenzialmente idonee per percorsi di sviluppo; in questo caso il piano di valutazione del potenziale viene fatto pesando elementi legati all'esperienza interna, alla valutazione delle prestazioni ed alle indicazioni di orientamento espressi dai responsabili;
6. revisione dei sistemi di inquadramento del personale in modo da consentire una maggiore elasticità e una progressione economica e di status professionali, valorizzando i livelli di eccellenza;

7. attribuzione chiara di responsabilità definendo a priori il grado di autonomia nella gestione delle risorse, snellendo il numero delle posizioni dirigenziali effettive, con selezione rigorosa e immissione di risorse adeguatamente formate, in contestualità con la dovuta valorizzazione delle posizioni organizzative consentite dal nuovo CCNL del Comparto;
8. identificazione di bisogni formativi attraverso il parametro del soddisfacimento del cittadino;
9. individuazione di una banca dati, accessibile a tutte le aziende sanitarie regionali che possa permettere di delineare delle linee guida sui singoli processi per migliorare le performance;
10. promozione di attività di benchmarking in merito ad alcuni processi relativi alla gestione delle risorse umane in particolare :
 - determinazione del fabbisogno del personale;
 - selezione ed inserimento del personale;
 - sistemi di classificazione del personale e definizione dei ruoli dirigenziali;
 - aggiornamento /formazione del personale;
 - politiche retributive e sistemi premianti;
 - sistemi di valutazione permanente del personale;
 - organizzazione dei servizi ed uffici amministrativi;
 - sviluppo delle carriere.

L'adozione dei modelli e delle tecniche di gestione fondati sul benchmarking assicura il confronto continuo e sistemico di pratiche, procedure e servizi erogati dalle singole realtà aziendali, con l'obiettivo di identificare i modi in cui un'organizzazione può migliorarsi implementando i processi ritenuti fondamentali per lo sviluppo del sistema.

Applicare le tecniche di benchmarking alle politiche del personale adottate dalle aziende sanitarie significa individuare, analizzare e mettere a confronto quei processi ritenuti di forte ricaduta strategica nel contesto aziendale, ai fini di una gestione delle risorse umane più efficiente ed efficace, che permetta di ottenere una migliore qualità dei processi interni e dei servizi erogati.

I vantaggi derivanti dall'utilizzo di questa metodologia sono legati al fatto che le aziende sanitarie vengono sottoposte ad una costante verifica, sia in merito agli spazi di miglioramento potenziale, che riguardo all'adeguatezza delle soluzioni gestionali ormai consolidate all'interno della propria organizzazione. Attraverso il benchmarking si confrontano alcune prestazioni aziendali e si diminuiscono i tempi di miglioramento nella progettazione degli interventi ed i costi connessi ai cambiamenti organizzativi.

La professione infermieristica ha assunto un ruolo centrale, nel processo di trasformazione del Servizio Sanitario Regionale, in cui il cittadino esprime bisogni non solo di ordine tecnico-quantitativo ma soprattutto qualitativo-professionale sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Questa professione è stata attraversata da profonde innovazioni che l'hanno spinta verso l'autonomia professionale (nuovo profilo, abolizione mansionario, codice deontologico, contratto personale di lavoro).

Il passaggio della formazione di base all'università ha determinato un calo delle iscrizioni, accentuando il problema della riduzione del numero di professionisti disponibili, per rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino, ed alle evoluzioni legislative, economiche, socio-culturali avvenute in ambito socio-sanitario.

Il quadro sin qui delineato richiede un percorso di riorganizzazione dell'assistenza infermieristica attraverso una ridefinizione di ruoli e funzioni svolte dagli infermieri al fine di determinarne il fabbisogno reale e ottenere un impiego razionale. E' necessario definire il fabbisogno in funzione agli obiettivi strategici che l'azienda intende raggiungere, individuando i profili di riferimento che descrivano le attività e responsabilità relative al processo assistenziale, le conoscenze richieste per lo svolgimento del ruolo nonché le attitudini interpersonali e sociali richieste dalla posizione ricoperta.

Il personale infermieristico deve essere impiegato in funzioni e ruoli che sono di sua competenza, per impedire il processo di dequalificazione e demotivazione professionale.

Contemporaneamente deve essere individuata una figura di supporto all'assistenza diretta per favorire una risposta adeguata al soddisfacimento di bisogni primari della popolazione, non solo in ambito ospedaliero ma anche alla domanda non acuta da realizzarsi, in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale. Tutto il personale infermieristico deve essere coinvolto nel processo di riorganizzazione, per favorire il processo di identificazione del personale con il servizio infermieristico, le sue finalità e gli obiettivi progettuali e non da ultimo con i fini istituzionali aziendali.

La ridefinizione di ruoli e funzioni deve essere contestuale allo sviluppo di un modello organizzativo che favorisca un impiego flessibile e interdisciplinare del personale, con un modello organizzativo dipartimentale che preveda la gestione autonoma, funzionale e strutturale, dell'assistenza infermieristica.

Detta ridefinizione deve avere carattere prioritario nella progettualità aziendale dell'anno 2000, e prevedere il pieno coinvolgimento del Servizio Infermieristico, di cui alla L.R. n. 13/95, nella progettazione, attuazione, verifica del processo di rinnovamento delineato.

Il contratto di lavoro costituisce una forte opportunità per favorire il processo di riorganizzazione attraverso :

- l'impiego flessibile e interdisciplinare del personale infermieristico, promuovendo la mobilità di personale, prevedendo l'attenzione mirata all'individuazione e selezione dei collaboratori, stimolando la partecipazione, valorizzando le propensioni e attitudini, favorendo lo sviluppo delle carriere e dei sistemi retributivi;
- l'attenzione al risultato, individuando i circuiti di verifica della rispondenza degli obiettivi-risultato;
- lo sviluppo di una cultura di confronto fra le diverse aziende sanitarie che deriva dall'analisi comparativa dei propri modelli organizzativi sia in ambito ospedaliero che territoriale, selezione e inserimento del personale, sistemi di classificazione del personale, individuazione delle responsabilità e delle deleghe.

In merito all'aggiornamento ed alla formazione nel triennio vanno previsti interventi quali strumenti di accesso, qualificazione, sviluppo delle carriere, valorizzando in particolar modo professionisti motivati.

Il processo di trasformazione in atto orienta la domanda di formazione su:

- la qualità, attraverso la richiesta di sempre maggiore professionalità, attraverso il miglioramento continuo con il contributo di tutti;
- l'area dell'organizzazione;
- l'area dell'amministrazione ed economia su cui va orientata la progettazione e realizzazione delle attività di formazione permanente. Queste devono tener conto dei bisogni formativi delle diverse professionalità che operano nel Servizio Sanitario Regionale, contribuendo anche a farli emergere, nonché delle nuove competenze che i professionisti devono acquisire, e degli obiettivi aziendali e devono essere finalizzate a:
- attività rivolte a promuovere una cultura dell'appartenenza e dell'identificazione del personale con l'ente nel suo insieme, quale momento strategico imprescindibile per favorire l'attuale processo di cambiamento;
- attività che siano rivolte ad aspetti che attengono l'adozione e lo sviluppo di modelli organizzativi, attraverso la condivisione da parte di tutto il personale in servizio a tutti i livelli;
- sviluppo delle conoscenze che supportino il processo di verifica della rispondenza obiettivi/risultati, individuando gli indicatori utilizzati in via prioritaria per la valutazione dei risultati;
- attività di inserimento e orientamento dei neoassunti a tutti i livelli tenendo in considerazione le attitudini e propensioni attraverso la valutazione del potenziale dei neoassunti;
- attività formative inerenti procedure di assicurazione di qualità per migliorare in modo stabile e globale il Servizio Sanitario Regionale, offrendo al cittadino un reale servizio cercando di individuare le aspettative al fine di soddisfarle.

La qualità del servizio infatti non si ottiene senza coinvolgere, preparare, responsabilizzare e valorizzare le professionalità delle risorse umane presenti o senza che venga individuata una chiarezza organizzativa e una regolamentazione.

Considerato il ruolo centrale attribuito al distretto devono essere prioritariamente progettati interventi formativi per:

- supportare la complessa riorganizzazione delle attività che il distretto è tenuto a garantire al cittadino, attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi che coinvolgono e valorizzano tutti gli operatori impegnati nella programmazione degli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione;
- favorire il percorso di integrazione socio-sanitario individuato come momento strategico per il miglioramento delle prestazioni offerte al cittadino attraverso una ridefinizione di ruolo funzioni competenze dei professionisti che operano nelle due aree, facilitando e sperimentando modalità operative che conducono all'integrazione così come stabilito nel piano. Per qualificare la relazione tra cittadino e Servizio Sanitario regionale è necessario promuovere un'attività di comunicazione affinché ogni progetto sia discusso e condiviso e condotto verso una reale integrazione ospedale territorio, e viceversa affrontando i problemi socio-sanitario in modo globale;
- sviluppare le cure domiciliari, attraverso progetti assistenziali strutturati, grazie al contributo multiprofessionale degli operatori su fasce di utenza che presentano maggiore problematicità di carattere socio-sanitario, garantendo la reale presa in carico del paziente, e supportando la famiglia nella gestione di problematiche molto complesse quali:
 - pazienti oncologici;
 - pazienti terminali;
 - pazienti affetti da patologie sociali.

Rilevata la natura strategica di una formazione che prepari una figura di supporto per qualificare l'assistenza al paziente, le aziende nel triennio si dovranno impegnare nella formazione di dette figure previa individuazione del fabbisogno formativo e successivo inserimento nel processo assistenziale, definendo compiti e mansioni.

Interventi specifici devono essere predisposti per il personale amministrativo in attuazione della L.R. n. 49/1996.

4-LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, nel definire i livelli assistenziali, individua l'area della prevenzione e ridetermina il mandato complessivo del sistema sanitario.

Le indicazioni del PSN 1998-2000 e la necessità di introdurre valutazioni inerenti l'efficacia degli interventi sanitari, ha comportato la necessità di un processo di riqualificazione delle azioni di prevenzione collettiva del servizio sanitario regionale.

Valutata l'importanza di una prevenzione orientata a obiettivi di salute e all'utilizzo di strumenti efficaci, sono linee di indirizzo i seguenti punti:

- adozione di un nuovo approccio, caratterizzato dalla promozione di interventi finalizzati a obiettivi di salute ed in grado di individuare e coinvolgere attivamente soggetti sociali cui trasferire parte della titolarità delle azioni; tra questi interventi si ritiene prioritaria la prevenzione degli infortuni sul lavoro;
- promozione di programmi di prevenzione interdisciplinari e transizione a un modello integrato con il sistema sociale, caratterizzato da forme di autovalutazione, autocertificazione e di accreditamento di qualità;
- riorientamento di tutti i servizi e presidi di prevenzione ad azioni relative a funzioni di controllo di qualità e di processo limitatamente a quelle di comprovata efficacia; la programmazione degli interventi è basata su informazioni epidemiologiche ed ambientali.

4.1 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa delle aziende sanitarie che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita; le iniziative sono coordinate con i Distretti, le altre strutture operative aziendali, le strutture delegate al controllo ambientale.

La funzione del Dipartimento di Prevenzione si individua con il ruolo di coordinatore e promotore, seppur non esclusivo, delle azioni della prevenzione e deve svolgere progressivamente il ruolo di elemento propulsore di comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti.

L'attività dei Dipartimenti dovrà orientarsi in maniera specifica al rilancio di una cultura preventiva e non di solo controllo e vigilanza. L'intervento legislativo avvenuto negli ultimi anni ha trovato nei Dipartimenti la capacità di risposta in termini di prestazioni di controllo e certificazione senza che a questo corrispondesse un altrettanto valida azione nel campo dell'informazione e della gestione pratica della Prevenzione.

L'articolazione organizzativa dei Dipartimenti di prevenzione dipende in maniera rigida dai settori specifici di intervento e non impegna le risorse rispetto alle priorità sanitarie e agli obiettivi di salute.

Deve essere continuata l'operazione di "sburocratizzazione" delle attività del Dipartimento di Prevenzione, anche con una verifica dei livelli di autonomia regionale per le attività istituzionali e certificatorie. Deve essere ricercata una maggiore efficienza gestionale e sviluppate forme di integrazione tra strutture operative del territorio dando priorità agli interventi di dimostrata efficacia.

Nel periodo 2000-2002 è necessaria, indispensabile ed urgente l'attività di "sburocratizzazione" dei Dipartimenti da realizzarsi attraverso la realizzazione di linee guida e l'elaborazione di percorsi che rendano, nel rispetto delle norme, efficiente ed utile l'attività tutto attraverso una semplificazione delle procedure

certificatorie, che dove possibile potranno anche essere eliminate se si dovessero dimostrare inutili ed inefficaci.

Per realizzare una cultura della prevenzione efficace risultano anche necessari accordi tra i Dipartimenti ed le altre strutture deputate alla Prevenzione al fine di realizzare percorsi progettuali in comune. Tali accordi dovranno inizialmente essere realizzati all'interno degli stessi Dipartimenti per evitare quella rigidità che troppo spesso si è dimostrata fonte di mancato sviluppo e di spegnimento di ogni iniziativa.

La progettualità locale del Dipartimento di Prevenzione è caratterizzata dai seguenti punti:

- il Dipartimento di Prevenzione è inteso quale riferimento, supporto scientifico e metodologico per tutte le azioni di prevenzione ed è in grado di rapportarsi mediante un qualificato contenuto tecnico alle altre strutture operative;
- le Aziende sanitarie, esprimendo le proprie capacità progettuali e valutate le specificità territoriali, definiscono autonomamente il modello organizzativo del Dipartimento e le modalità di raccordo funzionale tra Dipartimento di Prevenzione e Distretti dove devono trovare allocazione i servizi alla persona (vaccinazioni, certificazioni, prevenzione oncologica, cardiovascolare, ecc.);
- le priorità operative vengono definite sulla base degli obiettivi di salute, locali e regionali, con la necessità di garantire interventi omogenei sul territorio di competenza.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- raccordo e coordinamento delle attività integrate con i Dipartimenti provinciali dell'ARPA;
- medicina legale.

E' necessario qualificare la capacità di lettura, analisi e progettualità sui dati territoriali per la prevenzione. Gli strumenti di intervento devono rispondere a criteri di efficacia dimostrata.

Le funzioni individuate devono essere supportate da una capacità di lettura del territorio che può essere efficacemente garantita solo dall'analisi dei dati epidemiologici; tale competenza, garantita a livello aziendale o dipartimentale, è quindi premessa indispensabile per l'elaborazione di quei piani di prevenzione in cui il Dipartimento esprime il proprio mandato istituzionale.

L'eterogeneità regionale delle problematiche distrettuali necessita di adattare al territorio e agli obiettivi, l'organizzazione del Dipartimento.

Le aziende formalizzano nei piani annuali il proprio modello organizzativo e il modello di articolazione distrettuale, che devono garantire prioritariamente il miglior livello possibile di accessibilità dei cittadini ai servizi.

In tale ambito l'offerta integrata in carico ai dipartimenti e alle singole unità operative distrettuali devono essere regolate tramite la definizione preventiva di ruoli, funzioni e responsabilità; in particolare andranno chiariti i seguenti aspetti :

1. livelli di responsabilità e di autonomia decisionale del Dipartimento e dei Distretti;

2. livello e modalità di integrazione fra le unità operative del Dipartimento e le attività distrettuali.

4.2 Obiettivo promozione della tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro

A ormai cinque anni dalla pubblicazione del decreto legislativo n. 626/94, che ha proposto un modello di prevenzione basato sulla formazione, informazione e partecipazione, è opportuno verificarne le ricadute sul territorio regionale.

Le Aziende per i servizi sanitari, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, sentite tutte le componenti sociali e le diverse istituzioni e strutture operanti nel campo della prevenzione, dovranno sviluppare una specifica capacità di intervento mediante progetti mirati, puntuali e specifici. In particolare l'attività di vigilanza in campo preventivo deve essere mirata allo sviluppo, sostenuto anche da apposite campagne di informazione e formazione, della cultura preventiva che limiti il ricorso a interventi sanzionatori i quali, se sono in alcuni casi necessari, rappresentano pur sempre il mancato ottenimento dell'obiettivo primario di formazione.

I campi prioritari di intervento devono passare attraverso i seguenti punti:

- a) istituire una funzione di coordinamento regionale dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione in materia di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- b) verifica, ed eventuale riorganizzazione della struttura organizzativa che si occupa di compiti di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori (medicina del lavoro, medici competenti, esperti qualificati, ecc.), sia nel campo della consulenza che nel campo della vigilanza. Tale verifica andrà attuata ad ampio raggio non limitandosi strettamente ai Dipartimenti;
- c) realizzazione di attività informative-formative con coinvolgimento delle parti sociali ed in particolare modo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
- d) definizione di obiettivi e progetti, uniformi sul territorio regionale, di prevenzione sui luoghi di lavoro. In particolare su:
 - sanità pubblica;
 - sanità privata;
 - settore edile, anche in verifica dell'applicazione della direttiva Cantieri (D.Lgs n. 494/96) ed in particolare modo della realizzazione dei piani di sicurezza;
 - settore navalmeccanico, che presenta in Regione uno dei settori, assieme al precedente, con più alto indice infortunistico;
 - settore del legno;
 - settore chimico;
 - settore metalmeccanico;
 - settore dei trasporti;
- e) realizzazione di un modello integrato di prevenzione che coinvolga tutte le altre strutture e istituzioni, sanitarie e non, che si occupano di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori ad iniziare dall'INAIL e dalla Direzione regionale del Lavoro.

5-LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'assistenza distrettuale è svolta da ciascun distretto che è la struttura operativa mediante la quale l'Azienda per i servizi sanitari assicura un risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della propria popolazione.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quella delle altre strutture operative aziendali (dipartimenti, presidi ospedalieri) prevedendone i livelli di offerta nel proprio piano di attività ed opera pertanto in maniera integrata con le altre strutture ed istituzioni sanitarie e con l'ambito socio-assistenziale, perseguendo l'integrazione sociosanitaria.

Tutte le funzioni distrettuali si svolgono in stretta integrazione con le rispettive assemblee dei Sindaci di Distretto.

Nel distretto l'offerta sanitaria si integra al fine di garantire:

- continuità delle cure nei percorsi diagnostico/terapeutici e assistenziali che permetta la gestione unitaria della persona nell'ambito della comunità, delle strutture residenziali e negli eventuali ricoveri ospedalieri;
- l'approccio multidisciplinare all'assistenza sanitaria con l'integrazione di tutte le professionalità esistenti;
- l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni;

Nel periodo di vigenza del Piano dovranno essere messe in atto tutte le iniziative organizzative, strutturali e formative che permettano al distretto la tutela e il mantenimento dello stato di salute della popolazione attraverso le funzioni di:

- sorveglianza dello stato di salute della popolazione di riferimento che si esplica attraverso valutazioni epidemiologiche e la consultazione dei servizi operanti e degli enti locali;
- governo della domanda e valutazione delle prestazioni erogate, della loro appropriatezza e della qualità delle cure;
- negoziazione con gli erogatori interni ed esterni di modalità e ove possibile di tipologia e volume delle attività, con particolare attenzione al mantenimento della continuità e coerenza delle cure erogate; va valutata la possibilità di modulazioni tariffarie che permetta un miglior governo dell'offerta e della domanda da parte del distretto;
- valutazione delle cure erogate dagli erogatori sia aziendali (ospedali e dipartimenti) che extra-aziendali negli aspetti riguardanti la qualità, l'appropriatezza e la continuità.

L'organizzazione del Distretto è tale da garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

Nelle sedi distrettuali trovano inoltre collocazione funzionale le articolazioni organizzative dei dipartimenti territoriali, con particolare riferimento ai servizi alla persona che devono trovare stretta integrazione con gli obiettivi e i programmi del distretto stesso.

Di seguito sono illustrate tutte le funzioni dell'assistenza distrettuale.

5.1 Il distretto e l'integrazione socio-sanitaria

In attuazione del quadro normativo di riferimento vigente, il potenziamento del Distretto è strettamente connesso allo sviluppo delle strategie di integrazione socio-sanitaria. Altrettanto vale in relazione al consolidamento ed all'implementazione delle funzioni dell'Ambito Sociale. Le due entità organizzative sono parimenti chiamate in causa dalla normativa vigente nella responsabilità di creare le condizioni per un operare coordinato.

Per ambedue, infatti, l'integrazione rappresenta una condizione, divenuta ormai inderogabile, di efficacia negli interventi e di corretta e pertinente lettura e risposta ai bisogni della comunità di riferimento.

Nel corso del triennio 2000-2002 deve essere favorito il percorso di integrazione socio-sanitaria delineato dalle L.R. 49/96 e 32/97 che risulta in linea con il recente decreto legislativo 229/99.

Nell'arco del triennio le Aziende perseguono obiettivi di riorganizzazione del Distretto che tengono conto della necessità di attenersi a criteri di flessibilità quale condizione per favorire l'adattamento e il progressivo avvicinamento tra Distretto Sanitario ed Ambito Sociale, liberando in tal modo le possibilità delle necessarie sinergie operative.

Obiettivo prioritario è l'avvicinamento dei due sistemi attraverso il riconoscimento dei rispettivi ruoli quali soggetti, ambedue titolari delle politiche territoriali nelle materie ad alta integrazione, a tal fine costruendo, debitamente sostenuti, gli strumenti per la reciproca conoscenza e per la costruzione di un sistema informativo integrato. Peraltro è necessario consentire la realizzazione di un sistema informativo per l'area dell'assistenza sociale ed il potenziamento, all'interno della Direzione Regionale, del Settore delle Politiche Sociali. La realizzazione di un sistema informativo per l'area dell'assistenza sociale dovrà, anche, mettere in grado gli Enti locali di leggere correttamente le esigenze della popolazione di riferimento.

Nell'arco del triennio le Aziende dovranno prevedere nell'ambito dei loro piani annuali di formazione e coerentemente con la programmazione regionale, azioni formative integrate rivolte agli operatori socio-sanitari del Distretto e socio-assistenziali dell'Ambito, di concerto con gli Enti gestori del Servizio Sociale dei Comuni.

In parallelo agli indirizzi qui contenuti, saranno emanate analoghe indicazioni agli Enti gestori del Servizio sociale dei Comuni.

5.2 Assistenza sanitaria di base

L'aspetto comune della medicina generale e della pediatria di libera scelta è la necessità di sviluppo di percorsi di cura, di continuità nelle cure supportati anche da standard espliciti e da protocolli concordati.

La trasformazione organizzativa conseguente richiede un distretto altamente integrato e con direzione forte incentrata su obiettivi espliciti.

Medici di medicina generale

Il medico di medicina generale (MMG) è riferimento immediato e diretto del cittadino ed esplica la sua responsabilità principalmente attraverso il "prendersi cura" piuttosto che il "curare". Per far questo è necessaria una stretta integrazione con l'organizzazione, il personale e le funzioni svolte dai distretti in tutte le loro articolazioni.

In particolare andranno incrementate l'ADI e l'assistenza integrata nelle residenze protette.

Dovrà essere promossa ogni iniziativa, in particolare nell'attuazione regionale degli accordi collettivi, per stimolare forme associative tra medici.

Il medico di medicina generale è inserito all'interno del distretto nelle forme che sono state definite dall'accordo integrativo regionale e dal Decreto legislativo 19.6.1999 n. 229.

Per inserimento si intende:

- che è costituita un'unità operativa della medicina generale all'interno dei distretti
- che gli obiettivi del distretto sono negoziati e condivisi con il medico di medicina generale e fanno parte della valutazione della retribuzione di risultato;
- che il medico di medicina generale può essere nominato responsabile del distretto.

Così come sul resto delle unità operative del Servizio Sanitario Regionale anche per l'attività dei mmg dovranno essere previste e concordate forme di valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate. Tale valutazione terrà in considerazione i diversi aspetti del "prendersi cura".

Pediatrati di libera scelta

Il pediatra di libera scelta deve far parte organica del sistema delle cure del bambino del distretto e dell'azienda. L'organizzazione deve integrare a livello distrettuale tutti gli aspetti della prevenzione, cura e riabilitazione. A tal proposito i programmi dei dipartimenti di prevenzione e delle équipes multidisciplinari dovranno integrarsi fortemente.

E' inoltre necessario che si prosegua la deospedalizzazione pediatrica, attraverso una stretta interazione con le unità operative di pediatria, in particolare degli ospedali di rete.

Dovranno quindi essere sviluppate le forme organizzative adatte a rendere unitaria l'assistenza al bambino a livello dell'intero territorio aziendale.

Centro regionale di formazione per l'area della medicina generale

L'attività svolta dal Centro regionale di formazione ha avuto un ruolo rilevante in particolare per la diffusione di metodologia di valutazione, la costruzione di linee guida e l'integrazione tra medici e distretti.

L'esperienza è quindi complessivamente positiva e va rafforzata in particolare su tre argomenti:

- Integrazione di progetti, metodologie e strumenti valutativi con gli obiettivi e i programmi delle Aziende e dei distretti. Vanno sviluppati tutti i temi che il medico di medicina generale deve affrontare nella partecipazione al controllo e alla gestione delle attività distrettuali. Nell'attività formativa vanno coinvolti, così come avvenuto nel 1998, anche i responsabili di distretto.
- Consolidamento della struttura per garantire continuità negli interventi. La fase sperimentale può ritenersi conclusa. Per la maggiore efficacia del Centro vanno definiti gli assetti istituzionali e le modalità di interazione con le Aziende sanitarie.
- Sviluppo della ricerca. Tra i compiti assegnati al centro vi era quello della ricerca in medicina generale che fino ad ora è stato poco sviluppato. Si ritiene necessario sviluppare questo ambito in particolare sui temi dei modelli e profili di gestione di pazienti con patologie croniche.

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è un momento importante delle cure al cittadino. Ogni anno oltre il 64% della popolazione viene esposta ad almeno un farmaco prescritto, senza tenere conto dell'automedicazione. E' pertanto necessario che su tale tema siano sviluppati programmi che migliorino la qualità e l'appropriatezza delle prescrizioni, evitino consumi eccessivi ed informino il cittadino. A tale proposito è necessaria una stretta collaborazione tra farmacisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e responsabili di distretto.

Per tali funzioni si ritiene che debbano essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- creazione di un coordinamento regionale per l'assistenza farmaceutica tra Direzione regionale, Agenzia regionale e responsabili aziendali che, con la collaborazione delle Associazioni dei Farmacisti, si occupi della gestione della normativa e del controllo dell'applicazione della stessa; in particolare dovranno essere affrontati i temi dell'assistenza farmaceutica integrativa regionale e dell'uso dei farmaci e dei presidi nell'assistenza domiciliare e distrettuale,
- realizzazione di un adeguato sistema di sorveglianza qualitativa e quantitativa delle prescrizioni; per la parte qualitativa il sistema deve essere integrato strettamente con i progetti di promozione della qualità generali e con i programmi e le azioni del Centro di Formazione di Medicina generale di Monfalcone;
- definizione di forme di coordinamento interaziendale dell'assistenza farmaceutica per aree omogenee tra Aziende territoriali, Ospedaliere, I.R.C.C.S. e Università;
- definizione di programmi interdisciplinari per la farmacovigilanza, informazione scientifica, sperimentazione clinica;
- definizione di programmi di informazione ed educazione della popolazione al corretto uso del farmaco e all'automedicazione.

5.3 Specialistica ambulatoriale

L'organizzazione dell'attività specialistica e diagnostica ambulatoriale nel territorio deve garantire semplicità d'accesso, tempestività, appropriatezza, efficienza.

Devono essere attivati processi per il superamento della disomogeneità dell'offerta nel territorio, prevedendo presso ogni distretto le funzioni specialistiche e diagnostiche più diffuse.

La localizzazione dell'offerta dovrà essere programmata in funzione dell'epidemiologia, dei bisogni individuati, delle distanze, con un'organizzazione della logistica e degli orari che faciliti al massimo l'accesso ai servizi. I punti di prenotazione dovranno essere tendenzialmente unificati, con la rappresentazione dell'intera offerta, comprendendo le informazioni differenziate per tempi d'attesa e sede di erogazione. Al momento della prenotazione dovranno essere fornite le informazioni necessarie per l'eventuale preparazione agli esami. L'organizzazione deve essere strutturata in modo tale da limitare al minimo il disagio per l'utente, anche nel senso di ridurre il numero di accessi necessari ad ottenere sia la prestazione sia il referto corrispondente. Inoltre, l'organizzazione distrettuale deve favorire e promuovere la continuità assistenziale, anche nei collegamenti tra i diversi livelli (MMG/PLS, attività ambulatoriali di base e superiori, ospedale).

Nella ridefinizione dell'offerta, andranno considerati anche la valutazione e la promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, alla luce dell'evidenza scientifica ed in collaborazione con prescrittori e specialisti. I principi di appropriatezza e di priorità clinica costituiranno la base anche per l'assegnazione di risorse e la costruzione di eventuali liste di attesa differenziate per priorità.

L'organizzazione dei servizi deve ottimizzare l'uso delle risorse e la qualità tecnica, promuovendo le soluzioni più adeguate. Per tutte le prestazioni si deve garantire una qualità tecnica adeguata, che significa presenza di formazione di base e continua, competenza, verifiche dei processi e dei risultati. Ove la componente tecnologica o la complessità organizzativa siano rilevanti, dovranno essere definite le collocazioni e modalità organizzative più adeguate a garantire i principi espressi. A tale proposito, si può ricordare come per le attività di diagnostica di laboratorio vadano garantiti punti prelievo diffusi nel territorio, per facilitare l'accessibilità, mentre l'attività analitica sarà concentrata a livelli che meglio garantiscano l'efficienza, la competenza e l'affidabilità. Ciò ovviamente richiederà anche un miglioramento dell'organizzazione logistica (trasporti rapidi dei campioni, referti tempestivamente disponibili).

Tra gli elementi che influiranno positivamente su questi aspetti, è importante ricordare l'estensione del processo di accreditamento, che garantirà la diffusa presenza delle caratteristiche strutturali ed organizzative previste, favorendo in particolare i processi di integrazione e di miglioramento.

Vi sono aspetti organizzativi che rappresentano delle priorità di miglioramento, come alcune modalità di erogazione delle prestazioni che meglio rispondono alle esigenze degli utenti, riducendo anche i ricoveri evitabili; tra queste:

- la realizzazione di un sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni efficiente che permetta l'esecuzione di più esami di specialità diverse in modo sequenziale nell'arco di poche ore;
- la realizzazione di un sistema di accesso privilegiato per i pazienti con caratteristiche di urgenza su segnalazione dei MMG.

5.4 Rete dei servizi distrettuali a tutela della popolazione anziana e dei soggetti non autosufficienti

La realizzazione di una rete efficace di servizi distrettuali a tutela degli anziani-in particolare ultrasettantacinquenni-e dei soggetti non autosufficienti, così come previsto dalla L.R. 10/1998, deve prevedere la riorganizzazione e l'integrazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-assistenziali, presupponendo una costante azione di verifica dell'adeguatezza della risposta in relazione alle necessità della popolazione.

Strumenti imprescindibili per la realizzazione dell'integrazione nella rete dei servizi distrettuali risultano:

- a) l'utilizzo di sistemi di valutazione multidimensionale, quale approccio fondamentale e decisivo per migliorare la qualità dell'assistenza ai soggetti deboli;
- b) la valorizzazione delle Unità di Valutazione Distrettuali (U.V.D.), come filtro d'accesso alla rete dei servizi al fine di superare la frammentazione delle risposte; l'attività dell'U.V.D. costituisce requisito minimo dell'integrazione socio-sanitaria, in quanto ha il compito di valutare nel loro complesso i bisogni espressi, inespressi e potenziali dei soggetti deboli, pianificare gli interventi integrati e personalizzati, verificare la dinamica di lavoro transdisciplinare di erogazione e l'efficacia dell'assistenza;
- c) l'incremento e la partecipazione qualificata dell'attività dei Medici di Medicina Generale;
- d) l'identificazione di percorsi precisi per l'utenza, in particolare attraverso il riconoscimento di un unico canale di accesso per l'assistenza extraospedaliera (modello organizzativo corrispondente almeno all'unità funzionale di cui all'art. 24 della L.R. 10/1998) e la realizzazione di raccordi operativi con le strutture ospedaliere ai sensi della L.R. 10/1998;
- e) l'adozione di un sistema informativo destinato alla descrizione dei problemi e dei percorsi assistenziali per documentare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi, nonché per valutare la qualità delle cure correlando modalità organizzative ed efficacia assistenziale.

Servizio di Assistenza Domiciliare (infermieristico e riabilitativo)

La revisione strutturale del Servizio Sanitario Regionale innescata dal processo di valutazione dell'appropriatezza di utilizzo dell'ospedale, più orientato alle patologie critiche e alla diagnostica complessa, deve comunque promuovere la continuità della tutela socio-sanitaria e in ultima analisi permettere la permanenza del soggetto anziano e/o non autosufficiente nel proprio ambiente di appartenenza (L.R. 10/1998).

La stabilizzazione delle unità distrettuali del Servizio di Assistenza Domiciliare dipende dal riorientamento dell'attività con estensione degli interventi su fasce di utenza a maggiore problematicità socio-sanitaria e dal potenziamento degli accordi con le strutture ospedaliere, per le ammissioni programmate, le dimissioni protette e il coordinamento con le attività specialistiche.

In particolare la qualificazione dell'attività dei Medici di Medicina Generale, la dotazione di strumenti diagnostici di base e l'integrazione con i servizi specialistici dovrebbero consentire al Servizio di Assistenza Domiciliare di ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti per patologie croniche con frequenti acutizzazioni e unitamente all'offerta residenziale di limitare i ricoveri per cure palliative.

D'altra parte l'orientamento del Servizio di Assistenza Domiciliare verso gli utenti più compromessi non deve svilupparsi a discapito degli interventi di tipo semplice od occasionale erogati a soggetti con problemi iniziali o non gravi per l'elevato rischio di limitare la prevenzione dell'insorgenza della disabilità.

La quantità e la qualità degli interventi domiciliari risente di una ampia variabilità molto spesso non correlata ai bisogni di salute della popolazione, ma influenzata dalla disomogeneità nella distribuzione delle risorse e dalle condizioni organizzative presistenti.

Il modello organizzativo, da conseguire nel triennio 2000-2002, prevede requisiti omogenei di offerta:

- a) la copertura temporale del servizio deve garantire la disponibilità degli operatori di base su 12 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, cioè deve essere assicurata almeno l'accessibilità domiciliare programmata negli intervalli di tempo definiti, fermo rimanendo l'opportunità da parte delle A.S.S. (e degli Enti Locali) di limitare e differenziare nelle varie sedi le ore ed i giorni di presenza in servizio attivo;
- b) l'organizzazione territoriale del servizio, con eventuale suddivisione in sottoéquipe dotate di sedi periferiche, deve raggiungere tutti i comuni rispondendo ai criteri di un sistema che consideri la distanza dai servizi referenti, la distribuzione e la densità delle abitazioni, le condizioni orografiche, la viabilità ed il flusso di veicoli, le condizioni meteorologiche.

Residenze Sanitarie Assistenziali

In ogni distretto, con l'eccezione dell'area urbana di Trieste, in cui la dotazione non può essere strettamente legata alla delimitazione dei singoli distretti, deve essere garantita l'offerta residenziale assistenziale e riabilitativa, che riguarda prioritariamente le funzioni generali delle RSA previste dal comma 1, art. 17, L.R. 13/1995 e dai commi 1 e 4, art. 29, L.R. 10/1998.

Pertanto, in considerazione della diffusione di alcune problematiche, queste RSA distrettuali di base devono garantire l'ospitalità temporanea ai dementi di grado medio, che non richiedono requisiti strutturali specifici, e ai malati necessitanti di cure palliative di primo livello. Le A.S.S., nel valutare il dimensionamento di queste strutture, dovranno considerare la popolazione anziana residente, in particolare quella ultrasettantacinquenne, con specifico riferimento alla domanda potenziale di riabilitazione per patologie ortopediche e neurologiche in fase post-acuta; peraltro potranno riferirsi alle problematiche relative ai ricoveri ospedalieri evitabili.

L'esiguità della casistica e motivi organizzativi inducono a ritenere che le funzioni specialistiche inerenti cure palliative di secondo livello, demenze gravi e problemi alcool-correlati possono avere valenza sovradistrettuale. Pertanto alcune RSA distrettuali di base potranno dotarsi di moduli specifici, dedicati a queste tipologie di utenti. In particolare la funzione per cure palliative di secondo livello (come ad esempio quelle destinate a soggetti in stato vegetativo persistente con compromissione delle funzioni cardiocircolatoria e/o respiratoria) trova un'ottimale collocazione in RSA dotate anche di funzioni generali e contigue al contesto ospedaliero, per favorire le attività assistenziali specialistiche senza pregiudicare la flessibilità nell'utilizzo della struttura stessa. D'altra parte l'accoglimento di pazienti affetti da demenza con disturbi comportamentali gravi richiede requisiti strutturali specifici (arredi non potenzialmente lesivi, giardino interno, ecc.), mentre la riabilitazione degli etilisti presuppone stretto raccordo operativo con i Servizi per le Dipendenze/SerT, dotazione organica limitata ma specifica, organizzazione di attività quotidiane diverse da quelle presenti ordinariamente in struttura. Le A.S.S., nel valutare l'attivazione ed il dimensionamento di queste funzioni specialistiche, dovranno considerare l'incidenza delle problematiche specifiche nel proprio ambito territoriale, con specifico riferimento ai ricoveri ospedalieri prolungati per stato vegetativo persistente, a quelli ripetuti per malattia terminale oncologica, nonché ai ricoveri ospedalieri che presentino la demenza quale prima diagnosi di dimissione. Inoltre le A.S.S. dovranno porre particolare

attenzione nel selezionare sedi in grado di garantire il minor tempo di accesso medio alla popolazione residente nell'azienda per agevolare il coinvolgimento della famiglia e favorire le relazioni interpersonali nel contesto sociale.

Rispetto agli standard esistenti, si rende necessaria una revisione dei requisiti minimi della presenza medica, delle attività di nursing e di quelle riabilitative ed una loro correlazione flessibile al fabbisogno assistenziale degli ospiti mediante l'adozione di un nuovo strumento di valutazione multidimensionale, così come previsto dalla L.R. 10/1998.

Considerando che i ricoveri programmati, di breve durata, destinati a soggetti inseriti od inseribili in programmi di assistenza domiciliare a forte presenza e coinvolgimento della famiglia sono finalizzati a consentire un temporaneo sgravio di quest'ultima dall'impegno assistenziale e/o la riorganizzazione delle sue risorse interne per il prosieguo nel predetto impegno, si ritiene opportuno che gli oneri relativi a queste degenze siano ripartiti tra Enti Locali e A.S.S..

Poiché l'indirizzo riabilitativo delle RSA comporta per la maggior parte dei ricoveri l'approntamento di uno specifico progetto riabilitativo graduato sul livello di disabilità dell'utente e sulle sue potenzialità di recupero, ne consegue che il periodo ad elevata intensività riabilitativo-assistenziale sia di durata variabile.

Secondo il complesso delle indicazioni ministeriali citate nella D.G.R. 871/1997, questo periodo ad elevata intensità di contenuto sanitario degli interventi non comporta obblighi di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza.

L'attuale sistema di partecipazione dell'utenza alle spese non sanitarie è parziale in quanto non garantisce il soddisfacimento gratuito di bisogni riabilitativi prolungati nel tempo, mentre offre ospitalità gratuita a soggetti con necessità assistenziali aspecifiche.

L'ampia variabilità della casistica dei soggetti sottoposti a riabilitazione e la diversificazione delle funzioni delle RSA impongono una revisione del periodo di franchigia dalla contribuzione dell'utente. Poiché il periodo ad elevata intensività riabilitativo-assistenziale è di durata variabile e non comporta obblighi di partecipazione alla spesa da parte dell'utenza è necessario adottare criteri di flessibilità nella definizione del periodo di gratuità in relazione ai bisogni riabilitativo-assistenziali dei ricoverati.

Residenze protette per anziani

Nella situazione attuale l'offerta di posti letto nelle Residenze per anziani autorizzate a funzionare è così articolata:

- posti letto in residenze autorizzate appartenenti ai settori pubblico e privato sociale (ex L.R. 33/1988 e D.P.G.R. 083Pres/1990), con offerta differenziata unicamente in base alla distinzione degli ospiti autosufficienti e non autosufficienti -;
- posti letto in residenze autorizzate appartenenti al settore privato (residenze polifunzionali ex L.R. 19/1997), con possibilità di accoglienza di persone autosufficienti; l'accesso ai non autosufficienti è vincolato dalla normativa regionale a un livello predefinito di non autosufficienza.

La normativa vigente per gli ospiti non autosufficienti prevede, inoltre:

- nelle Residenze appartenenti al settore pubblico e privato sociale, standard assistenziali sanitari (personale infermieristico e riabilitativo) indifferenziati rispetto al grado di non autosufficienza degli utenti ed alla variabilità del fabbisogno assistenziale;
- nelle Residenze appartenenti al settore privato, nessuno standard assistenziale sanitario.

In conformità all'art. 6 della L.R. 10/1998 entro il triennio verrà attuato il programma di revisione dell'offerta residenziale per anziani mediante la definizione di una rete di strutture accreditate per differenti livelli di intensità assistenziale.

Il progetto di riclassificazione complessiva di tutte le Residenze (pubbliche, private sociali e private) verrà attuato attraverso :

- l'individuazione del fabbisogno assistenziale dell'utenza non autosufficiente presente nelle strutture per commisurare ai bisogni degli ospiti le attività di nursing sanitario e tutelare e quelle riabilitative;
- la verifica e la ridefinizione di tutte le residenze (o di nuclei delle stesse), rivalutate in base alle caratteristiche strutturali e organizzative;
- la correlazione dei risultati ottenuti dalla suddivisione delle strutture per differenti livelli di offerta con le diverse condizioni di fabbisogno assistenziale individuate.

Questo modello organizzativo richiede per le strutture il rispetto di standard minimi predeterminati di personale assistenziale (infermieristico e tutelare) e riabilitativo, differenziati secondo i livelli di bisogno degli ospiti.

La verifica quantitativa e qualitativa dell'offerta assistenziale rispetto al livello di classificazione competerà alle Aziende per i Servizi Sanitari. Le attuali difficoltà di reperimento del personale, i vantaggi correlati alla costituzione di équipe distrettuali flessibili per i servizi di rete rivolti agli anziani e il conseguente addestramento del personale nelle diverse tecniche assistenziali, rendono particolarmente opportuno l'inserimento nelle dotazioni organiche dei Distretti territorialmente competenti degli infermieri professionali e dei fisioterapisti operanti nelle residenze.

La verifica della congruità dell'offerta, predefinita dai livelli regionali e garantita dalle strutture, andrà comunque valutata nell'ambito di una gestione unificata delle risorse per i servizi di rete per gli anziani ed i soggetti non autosufficienti e secondo le potenzialità di finanziamento di tutto il sistema di protezione socio-sanitario dell'intera Regione.

Il perseguimento dell'obiettivo richiede il superamento della normativa regionale in materia di autorizzazioni all'esercizio, classificazione delle strutture, finanziamento degli investimenti riguardanti le Residenze per anziani, regolamentazione del funzionamento delle Residenze polifunzionali.

Nella situazione attuale, per i soggetti non autosufficienti ospitati nelle strutture appartenenti ai settori pubblico e privato sociale, l'assistenza sanitaria viene assicurata attraverso rapporti convenzionali tra le A.S.S. e le Residenze stesse.

Le convenzioni tra A.S.S. e Residenze garantiscono la presenza di personale infermieristico e riabilitativo, gestito direttamente dall'A.S.S. o rimborsato alla Struttura, secondo standard di riferimento legati al numero di ospiti non autosufficienti presenti. Nell'ambito delle medesime convenzioni può essere regolata l'erogazione diretta di farmaci, ausili e presidi, nonché la gestione delle prestazioni sanitarie di 2° livello. La quantità e la qualità di questi interventi risente di un'ampia discrezionalità e variabilità molto spesso non correlata alle necessità assistenziali degli ospiti e all'intensività assistenziale garantita nelle strutture.

Inoltre per i soggetti non autosufficienti presenti nelle Strutture appartenenti al settore privato non viene garantita la copertura sanitaria anche in quanto lo strumento convenzionale non è esplicitamente previsto nella normativa di riferimento. Questa situazione implica sostanziale disomogeneità di intervento ed iniquità di trattamento, dando vita ad una condizione particolarmente critica nella città di Trieste, dove il settore privato rappresenta circa il 45% dell'offerta residenziale per anziani.

Il sistema di finanziamento regionale in atto prevede:

- una quota capitaria giornaliera fissa per ospite non autosufficiente, finalizzata all'abbattimento di rette di accoglienza disomogenee sul territorio regionale, corrisposta soltanto agli ospiti non autosufficienti di Strutture appartenenti ai settori pubblico e privato sociale;
- una quota a ristoro degli oneri sanitari, regolata all'interno delle convenzioni, variabili e disomogenee, tra A.S.S. e Strutture residenziali appartenenti al settore pubblico e privato sociale, erogata in forma diretta (messa a disposizione di personale dell'A.S.S.) o indiretta (rimborso alla struttura del costo sostenuto per il personale infermieristico e riabilitativo).

Il perseguimento, nel triennio, dell'omogeneità dei livelli assistenziali richiede il superamento delle convenzioni vigenti tra Aziende e Strutture mediante una forma innovativa di rapporto che consegua livelli omogenei di assistenza su tutto il territorio regionale secondo principi di equità.

La nuova modalità di finanziamento delle strutture residenziali, che verrà introdotta entro il triennio, prevede l'aggregazione di queste forme di contribuzione e la loro erogazione diretta da parte della Regione.

Ciò implica il superamento della parcellizzazione attualmente presente e l'estensione della contribuzione a tutte le strutture facenti parte della rete regionale delle Residenze per anziani, appartenenti al settore pubblico, privato sociale e privato, accreditate secondo le categorie individuate dalla riclassificazione.

La diversificazione del valore delle stesse contribuzioni, in livelli proporzionali all'assorbimento di risorse da parte degli utenti e alla qualità delle strutture di accoglienza, favorirà il superamento delle iniquità relative all'attuale misconoscimento di classi differenziate di bisogno assistenziale e struttura dell'offerta.

Infine, per tutta la durata dell'ospitalità, la spesa per la medicina generale, i farmaci, i presidi, gli ausili, la specialistica ambulatoriale ed i ricoveri ospedalieri, relativa ad ospiti provenienti dal territorio di Aziende per i Servizi Sanitari diverse da quella in cui insiste la struttura residenziale ospitante, verrà addebitata all'Azienda di domicilio di soccorso al momento dell'ammissione, mediante compensazione interaziendale.

In via transitoria, nelle more dell'adozione del nuovo sistema di finanziamento regionale, entro il mese di dicembre 2000 le Aziende per i Servizi Sanitari dovranno predisporre convenzioni omogenee con tutte le Strutture facenti parte delle rete regionale delle Residenze per anziani che insistono nel territorio di competenza.

In tale contesto l'assistenza sanitaria dovrà essere erogata alle strutture private (Residenze polifunzionali) che accolgono persone non autosufficienti attraverso l'estensione del regime convenzionale e secondo gli standard previsti dalla normativa (Allegato D.G.R. 1966/1990 "Indirizzi ed azioni per la tutela e promozione delle salute delle persone anziane").

Le convezioni così predisposte avranno validità a partire dal 2001 e dovranno rispettare almeno le vigenti norme regolamentari per quanto attiene agli standard di personale.

In regime di rimborso alla Struttura degli oneri relativi al personale, nelle more della definizione del nuovo modello organizzativo regionale, le A.S.S territorialmente competenti saranno tenute, ai sensi della normativa in atto:

- a sostenere il costo effettivo del personale fino al valore economico massimo rimborsabile;
- ad assicurare l'assistenza sanitaria qualora le strutture interessate non siano in grado di garantire direttamente il personale sanitario necessario.

Inoltre, entro la fine del 2000 dovranno essere formalizzate a livello regionale le procedure di compensazione interaziendale per la medicina generale, i farmaci, i presidi, gli ausili, la specialistica ambulatoriale ed i ricoveri ospedalieri secondo i principi soprariportati.

5.5 Nuove tipologie assistenziali

Nel corso del triennio potranno essere attuate forme di sperimentazione di alternative al ricovero da configurarsi come parte integrante dei servizi territoriali. Tali forme potrebbero far riferimento alle esperienze anglosassoni dei cosiddetti "ospedali di comunità", ed essere quindi orientati verso persone con problematiche di media entità, con target e tipologia di prestazioni da definirsi con precisione, monitorate dall'Unità di Valutazione Distrettuale con i medici di medicina generale, con possibilità di percorsi diagnostici rapidi e organizzazione accessibile ad anziani o ad altri utenti svantaggiati. La sperimentazione servirà anche quale supporto e stimolo alla costituzione di forme di associazionismo e di medicina di gruppo tra medici di medicina generale e alla definizione di nuove modalità di erogazione della continuità assistenziale.

Il problema dell'assistenza al malato terminale, sia oncologico che per altre patologie, deve essere affrontato in maniera organica e complessiva. Va pertanto predisposto un programma regionale sulle cure palliative che definisca standard e qualità delle cure sia all'interno degli ospedali che nelle strutture territoriali. I principali temi da affrontare sono quelli del controllo dei sintomi, del rispetto delle volontà e delle scelte del paziente, della limitazione dell'accanimento terapeutico. In accordo con quanto previsto dalla Legge 39/99, dovrà inoltre essere predisposto il piano regionale per gli hospice, che dovrà integrare le strutture esistenti con le nuove, sulla base dei problemi di accessibilità e di distribuzione adeguata nel territorio regionale. I servizi dovranno essere strettamente integrati con le unità operative territoriali ed ospedaliere perseguendo l'unitarietà e la continuità delle cure.

Le cure palliative e l'attività di hospice dovranno preferibilmente essere collocate all'interno delle RSA secondo le modalità operative ed organizzative delle funzioni specialistiche descritte nel capitolo 5.2 alla voce "Residenze Sanitarie Assistenziali".

5.6 Integrazione dei servizi e degli interventi sociale e sanitari a favore delle persone handicappate

La legge regionale 41/96 e la legge 104/92 nel dare una definizione di handicap non delimitano di fatto la tipologia di soggetti interessati dai provvedimenti previsti; infatti:

- a) non sono definiti limiti di età;
- b) non sono individuate distinzioni tra handicap fisico e psichico;
- c) non esistono distinzioni legate all'eziologia dell'handicap.

Potenzialmente ai servizi che si occupano di "handicap" possono afferire i soggetti più disparati per natura dell'handicap, modalità di insorgenza e tipologia di bisogni. Tuttavia mentre la legge quadro nazionale individua indicazioni di principio e riconoscimenti che si estendono a tutti i soggetti portatori di handicap (ad esempio ottenimento della certificazione di handicap), la legge regionale 41/96 propone una traduzione operativa e di riferimento per la programmazione che deve calarsi nel contesto della rete dei servizi esistenti sul territorio e degli accessi alle risorse (finanziarie e di personale) che di fatto prevedono già degli specifici target di utenza con organizzazione e risorse dedicate (vedi Dipartimento per la Salute mentale, Rete di servizi per la popolazione anziana).

E' opportuno definire più precisamente i confini operativi e i percorsi di presa in carico al fine di realizzare livelli più omogenei di risposta su tutto il territorio regionale.

Ogni azienda dovrà realizzare sul proprio territorio, con le opportune articolazioni distrettuali per i servizi alla persona ed individuando criteri di priorità nell'ambito delle risorse disponibili, una serie di interventi per affrontare:

- a) il momento del rischio, in cui la patologia non è ancora strutturata ma clinicamente definita;
- b) il momento della disabilità, in cui il disturbo non è ancora sfociato in una condizione di handicap;
- c) il momento dell'handicap, in tutte le sue manifestazioni intellettive, motorie e sensoriali.

I punti a) e b) sono ritenuti momenti cruciali per contenere, in numero e gravità, le condizioni di handicap. Per l'età evolutiva si ritiene necessario non strutturare rigidamente aree di intervento per l'handicap conclamato separandolo dal resto delle problematiche di questa età, sia rispetto alla intrinseca evolutività delle situazioni cliniche sia per evitare percorsi segreganti per gli utenti.

Per la condizione di handicap deve essere garantita la continuità della presa in carico nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, continuità realizzata nell'ambito della Équipe multidisciplinare attraverso l'individuazione di un progetto unitario attuato da operatori che possono cambiare in relazione al mutare delle esigenze del disabile.

Ogni Azienda si impegna alla realizzazione di una rete informativa che colleghi i propri servizi, attraverso le Équipe multidisciplinari, al Registro regionale della disabilità secondo il progetto già avviato. Tale sforzo è considerato un investimento fondamentale per giungere ad una valutazione più mirata delle problematiche connesse all'handicap e conseguentemente ad una programmazione più efficace degli interventi.

Nel corso del triennio verrà valutata la congruenza degli attuali assetti organizzativi anche per realizzare una integrazione più efficace nella rete dei servizi distrettuali con particolare attenzione alla funzione, ruolo e compiti dell' Équipe multidisciplinare.

5.7 La tutela della salute materno-infantile

La situazione dell'area materno-infantile della Regione è caratterizzata da:

- bassa natalità;
- aumento progressivo dell'età delle puerpere;
- tendenza alla medicalizzazione della gravidanza;
- basso tasso di abortività rispetto ai livelli nazionali seppur con differenze all'interno della Regione;
- offerta consistente in ambito pediatrico soprattutto ospedaliero con differenziazione tra primo e terzo livello;
- difficoltà di coordinamento per le attività riguardanti i bambini con problemi speciali o rilevanti.

L'area materno infantile necessita di una forte integrazione tra le attività territoriali e ospedaliere per consentire la realizzazione di un percorso completo che risponda alle diverse esigenze di prevenzione, di assistenza e di riabilitazione. E' inoltre necessaria una stretta integrazione tra le cure erogate negli ospedali. Si rende necessario definire la suddivisione dei ruoli e delle funzioni tra l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo e gli ospedali di rete. Rimane confermato il ruolo di riferimento del Burlo, in particolare per le malattie rare, per l'oncologia pediatrica e per patologie che richiedono intervento interdisciplinare di elevato livello specialistico pediatrico. Della rete dei servizi specialistici regionali fa altresì parte integrante la Clinica Pediatrica dell'Università di Udine, il cui ruolo andrà definito sia in ambito complessivo che per l'area territoriale di riferimento. A tal proposito dovrebbero essere sviluppate forme di collaborazione con gli ospedali di rete che permettano la continuità delle cure anche localmente pur mantenendo i livelli tecnici adeguati.

Il percorso preconcezionale, della gravidanza, del parto e del puerperio deve evitare la medicalizzazione e concentrarsi maggiormente sul rischio e sulla popolazione marginale. L'aumento delle prestazioni di gravidanza assistita e di diagnosi prenatale deve essere affrontato attraverso l'identificazione degli standard di intervento che ne permettano l'elevata qualità, anche con l'identificazione dei centri necessari a livello regionale.

L'assistenza pediatrica primaria deve essere maggiormente integrata e puntare sulla continuità delle cure e sui bambini a maggior rischio.

All'interno di tale percorso i servizi ospedalieri e quelli territoriali distrettuali (pediatri di libera scelta, consultori, équipe multidisciplinari dell'handicap, servizi per le tossicodipendenze) assumono ruoli complementari la cui integrazione organizzativa può proficuamente avvenire attraverso i dipartimenti materno-infantili, da intendersi quali dipartimenti orizzontali come definiti nel 1° PIMT.

I servizi ospedalieri e i servizi territoriali coinvolti dovranno assumere una metodologia di lavoro basata sull'integrazione e sulla costituzione di una rete di servizi complementari e non alternativi che rispondano ai bisogni delle fasce di popolazione cui si rivolgono.

In particolare, per quanto riguarda i servizi consultoriali, date le implicazioni sanitarie e psicosociali correlate, vanno ulteriormente valorizzate le azioni rivolte a:

- screening delle neoplasie della sfera femminile;
- screening in età pediatrica;
- profilo assistenziale della gravidanza ordinaria.

5.8 Servizi per le dipendenze

Non esistendo una risposta elettiva per risolvere il problema delle dipendenze, la riorganizzazione di un settore complesso va orientato non su una concezione dell'uso/abuso/dipendenza di sostanze come 'patologia unica' ma piuttosto su un modello la cui risposta assistenziale si articola e si estende a prestazioni anche di non specifica competenza dei Servizi in analisi, relative a malattie infettive (HIV/AIDS, epatiti), disturbi psichici, disagio giovanile, prevenzione primaria.

Il sistema di assistenza pubblico alle persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze deve considerare le seguenti priorità:

- la centralità del soggetto portatore di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico, ancor meno dalla possibilità di effettuare un trattamento 'drug free': obiettivo minimo è rappresentato dall'induzione di uno 'stile di vita' meno rischioso fino alla realizzazione di una completa riabilitazione, ove possibile;
- al raggiungimento di obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi sanitari nonché altri soggetti ed Enti pubblici e privati che a vario titolo e con varia responsabilità operano sul territorio, la cui ricomposizione deve essere attuata a livello distrettuale;
- l'inopportunità di centrare l'attività esclusivamente sulle problematiche specifiche della 'dipendenza', si deve poter garantire una risposta anche agli aspetti più generali connessi all'abuso di sostanze. D'altra parte essendo la dipendenza l'esito sanitario più complesso, per la molteplicità dei suoi inevitabili correlati medici, psicologici e sociali appare corretto identificare specifici interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle dipendenze fermo restando la necessità di incrementare le attività di prevenzione sul territorio che, in particolare, per le dipendenze da sostanze legali si pongono come particolarmente pertinenti;
- i servizi si devono occupare di tutte le sostanze d'abuso (nuove droghe), incluse quelle legali (alcol e tabacco), in particolare deve essere garantita un'area specifica di intervento per l'alcooldipendenza.

Nel corso dell'anno 2000 verranno definite le modalità organizzative delle strutture di riabilitazione per pazienti con patologie alcol-correlate e le relative modalità di finanziamento e sarà predisposto un progetto obiettivo di lotta contro l'AIDS che recepisce le indicazioni nazionali indicando l'utilizzo delle risorse nazionali a destinazione vincolata.

5.9 La tutela della Salute Mentale

La complessa problematica della salute mentale, benché già all'attenzione di provvedimenti precedenti, visto il permanere di squilibri regionali di dotazione e di organizzazione, richiede la definizione in maggiore dettaglio di obiettivi e di linee di intervento con la finalità di individuare criteri organizzativi, standard strutturali minimi ed omogenei di funzionamento.

Per il triennio di validità del piano vengono individuati i seguenti obiettivi prioritari:

- miglioramento della qualità della vita e dello sviluppo dell'integrazione sociale delle persone con disturbi mentali, tenendo conto della emarginazione di cui sono ancora vittime;
- completamento dei processi di deistituzionalizzazione degli ospiti delle residue strutture manicomiali;

- promozione di conoscenza e programmi nelle istituzioni e nelle organizzazioni sociali e sanitarie al fine di ridurre, nelle fasce a rischio, il fenomeno del suicidio;
- raccordo di obiettivi e funzionale con i distretti per la tutela della salute della popolazione del bacino d'utenza di riferimento.

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.), previsto quale struttura operativa in ciascuna delle sei Aziende per i Servizi Sanitari, deve garantire che i servizi ed i presidi per la salute mentale operanti nell'A.S.S. costituiscano un complesso unico e coerente, avendo attenzione di evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni, e dovrà, attraverso la stretta collaborazione con i Distretti di riferimento ed il raccordo con la comunità e le sue istituzioni, essere luogo di coordinamento di tutti i progetti preventivi, curativi e riabilitativi. In particolare è compito del Dipartimento per la Salute Mentale sostenere l'accesso alle cure nell'ambito distrettuale per le persone affette da disturbo mentale e partecipare alle attività delle aree ad alta integrazione (bambini ed adolescenti, handicap, anziani).

Deve, inoltre, predisporre l'intervento psichiatrico negli istituti penitenziari che insistono nella stessa area territoriale in accordo con le recenti disposizioni nazionali.

Il D.S.M. si articola in:

- 1) Centri di Salute Mentale ovvero Unità Operative Territoriali a valenza distrettuale;
- 2) Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedaliero ovvero Unità operativa per l'Emergenza;
- 3) Servizio di coordinamento dei programmi di Riabilitazione, Residenziali e Semiresidenziali.

La Clinica Psichiatrica Universitaria (ove esistente), previo protocollo d'intesa, partecipa alle attività assistenziali nell'ambito del D.S.M..

Il D.S.M. deve dotarsi di un sistema informativo capace di rispondere ai bisogni di monitoraggio e valutazione continua delle attività, delle prestazioni e, dove richiesto, degli esiti degli interventi. Il sistema informativo dovrà essere in grado di confrontarsi con gli altri sistemi delle strutture dipartimentali regionali e contribuire alla produzione di dati ed indicatori omogenei.

Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.)

L'organizzazione funzionale del Dipartimento di Salute Mentale si fonda sul C.S.M..

L'attività del C.S.M. si articola nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette; l'attività notturna sarà di regola dedicata alle persone ivi ospitate.

Il C.S.M. sulle 24 ore deve caratterizzarsi per la bassa soglia di accesso e garantire all'utenza ed ai cittadini di afferire al servizio senza formalità e senza liste di attesa. Esso è il luogo dove, con continuità, si realizza di fatto l'avvio ed il proseguio dell'attività terapeutico-riabilitativa.

Esso deve:

- fornire cure, assistenza continuativa nelle 24 ore ed ospitalità notturna, in particolare nelle situazioni di crisi;
- evitare differenziazioni funzionali in strutture di ricovero (ospedaliere) e strutture ambulatoriali (territoriali);
- garantire continuità terapeutica;
- impedire duplicazione di circuiti assistenziali.

Deve inoltre essere dotato di strutture semi-residenziali definibili in:

- "Centro diurno" con prevalenti funzioni terapeutico-riabilitative di medio-lungo periodo;
- Day-Hospital con prevalenti funzioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative nel breve-medio termine.

Entrambe queste funzioni e strutture sono intese come complementari all'attività del C.S.M. e da questo sempre coordinate, con la finalità di costruire e formulare programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati e garantire la continuità terapeutica.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

La funzione di ricovero del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve essere intesa in via di ridimensionamento in linea con l'evoluzione scientifica e organizzativa del settore; tuttavia la funzione relativa all'emergenza e all'urgenza deve essere organizzata in stretta connessione, complementare ed in continuità con l'attività del Centro di Salute Mentale territoriale e articolata con le procedure dell'emergenza (118, Pronto Soccorso) istituite in quel territorio.

A tal fine è necessario istituire, con funzione di filtro, una attività di pronta disponibilità presso il pronto soccorso del Presidio ospedaliero, o dell'Azienda Ospedaliera dell'area di riferimento, e attraverso il ricorso all'osservazione temporanea modulare l'arrivo delle domande presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e il Centro di Salute Mentale Territoriale.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve assicurare in ogni caso le seguenti funzioni:

- consulenza, osservazione temporanea e primo intervento;
- trattamenti sanitari in condizioni di degenza ospedaliera, volontari e/o obbligatori, dove non sia possibile attuare misure idonee extra ospedaliere.

La funzione di SPDC è prevista, in subordine all'avvenuto potenziamento dei CSM, nelle seguenti collocazioni:

- SPDC di Trieste presso l'Ospedale Maggiore dipartimentato con la Clinica Psichiatrica (riferimento per le A.S.S. n.1 e n.2)
- SPDC di Udine presso l'Ospedale S.Maria della Misericordia dipartimentato con la competenza del PUDG (riferimento per le A.S.S. n. 3, n. 4, n. 5)
- SPDC di Pordenone presso l'Ospedale S.Maria degli Angeli (riferimento per l'A.S.S. n. 6)

La riabilitazione e le Residenze

Ogni D.S.M. deve dotarsi di un servizio di coordinamento di tutti i programmi e delle strutture deputate alla riabilitazione in rapporto organico, complementare ed in continuità con l'attività del C.S.M. territoriale.

Deve essere dotato di strutture residenziali intese come temporanee e non definitive e riabilitative a diverso livello di protezione quali comunità terapeutiche, gruppo appartamento, comunità alloggio (gruppi di convivenza).

La dotazione deve essere commisurata alla prevalenza del disturbo mentale grave nella popolazione adulta e deve, inoltre, tener conto della necessità di reinserire i lungodegenti attualmente ancora ospitati nelle residue strutture manicomiali (RSA psichiatriche ad esaurimento).

6-LIVELLO A.S.S. n. ISTENZIALE: A.S.S. n. ISTENZA OSPEDALIERA

6.1 Domanda di ricovero

Un elevato numero di ricoveri può dipendere sia da particolari problemi sanitari della popolazione a cui il dato si riferisce sia da un ben conosciuto effetto inducente dovuto alla presenza di posti letto ospedalieri eccedenti il reale fabbisogno.

Dall'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione nella nostra regione non emergono problemi sanitari tali da giustificare un elevato ricorso al ricovero ospedaliero nelle aree interessate dal fenomeno; viceversa esistono indicatori indiretti di utilizzo improprio della risorsa ricovero come, ad esempio, l'elevato numero di ricoveri in day-hospital con un unico accesso senza intervento chirurgico finalizzati, per la maggior parte, all'esecuzione di semplici procedure ambulatoriali o la frequente esecuzione di procedure chirurgiche che potrebbero in buona parte essere risolte ambulatorialmente.

Partendo da questi presupposti si è stimata una riduzione dei ricoveri mirata ad aree sulle quali sia effettivamente possibile un intervento mirato.

L'art. 3 della legge regionale 13/ 95 definisce il tasso di ospedalizzazione tendenziale in 160 ricoveri per 1.000 abitanti, comprensivo della fuga extraregionale, come previsto dalla normativa nazionale.

Tale parametro è riferito all'intera popolazione italiana e che risente dell'età media della popolazione.

Pertanto per il triennio 2000-2002, pur confermando sul lungo periodo il valore di 160 ricoveri per mille abitanti, il valore massimo del tasso di ospedalizzazione complessivo (ricoveri di residenti in regione e fuori regione) escluso i ricoveri attribuiti al DRG 391-neonato normale, è fissato in 170 ricoveri per mille abitanti. Il raggiungimento di tale tasso implica una riduzione di almeno 17.000 ricoveri rispetto al numero registrato nel 1999. Indicativamente la riduzione assume i seguenti valori per le diverse A.S.S.:

Azienda per i Servizi Sanitari	Riduzione di ricoveri prevista
A.S.S. n. 1	8.400
A.S.S. n. 2	1.500
A.S.S. n. 3	500
A.S.S. n. 4	3.400
A.S.S. n. 5	1.100
A.S.S. n. 6	2.100
Totale	17.000

La stima della riduzione praticabile dei ricoveri è stata ottenuta utilizzando le diverse basi dati presenti. In particolare i ricoveri attualmente registrati sono stati analizzati per tipologia di DRG, per tipologia di regime (Day hospital, ordinari, urgenti), per presenza o meno di intervento chirurgico, per durata di degenza; inoltre è stata analizzata la base dati relativa ai ricoveri totalmente inappropriati valutati con la metodica PRUO e sono stati presi in considerazione i riferimenti di letteratura.

La stima è il risultato di valutazioni che non entrano nel merito dell'appropriatezza tecnica delle prestazioni di ricovero erogate ma si limita a valutare, utilizzando i dati amministrativi disponibili, il rapporto tra prestazione erogata e livello assistenziale utilizzato; a livello locale una attenta analisi sotto il punto di vista dell'appropriatezza tecnica può portare ad una ulteriore riduzione del numero dei ricoveri.

Dall'analisi emerge che le tipologie di ricoveri sulle quali è opportuno intraprendere azioni di contenimento sono le seguenti:

- day hospital medico con unico accesso;
- day hospital chirurgico;
- ricoveri ordinari, sia medici che chirurgici, con degenza di due giorni;
- ricoveri ordinari medici con degenza superiore a due giorni ma di basso impegno e affrontabili ambulatorialmente; tra questi le maggiori probabilità di riduzione sono da ricercarsi nei ricoveri con attribuiti i seguenti DRG:

65	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO
66	EPISTA.S.S. n. I
88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
96	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 CON CC
97	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 SENZA CC
132	ATEROSCLEROSI, CON CC
133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC
134	IPERTENSIONE
142	SINCOPE E COLLA.S.S. n. O, SENZA CC
182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 SENZA CC
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18
243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO
246	ARTROPATIE NON SPECIFICHE
284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC
294	DIABETE ETA' > 35
295	DIABETE, ETA' < 36
301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC
426	NEVROSI DEPRESSIVE
427	NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE

Il restringere le azioni di contenimento ad alcune tipologie di ricoveri permette di individuare prestazioni sanitarie che possono essere impropriamente classificate come ricoveri; ciò significa che le stesse prestazioni sono eseguibili ad un livello assistenziale più appropriato (day hospital anziché ricovero ordinario breve e trattamento ambulatoriale anziché regime di day hospital) senza dequalificare l'assistenza effettivamente erogata sia in termini qualitativi che di efficacia.

In linea di massima le azioni efficaci che portano ad una diminuzione dei ricoveri possono essere così sintetizzate:

- interventi di sanità pubblica (vaccinazione antinfluenzale, uso delle cinture di sicurezza, uso del casco per motociclisti e ciclisti);
- sensibilizzazione dei medici di base: per alcune condizioni (epilessia, asma, diabete, ...) con corsie preferenziali nella consultazione di specialisti e nell'accesso ai servizi;
- educazione sanitaria a gruppi selezionati di pazienti sulla conoscenza della malattia e sull'uso dei farmaci (es.: diabetici);

- assistenza domiciliare (per dimissioni precoci, pazienti a breve aspettativa di vita, nutrizione artificiale, ossigeno terapia, emodialisi e dialisi peritoneale); anche programmando visite di routine a pazienti selezionati dimessi senza la segnalazione di particolari esigenze;
- allarmi personali domiciliari (telesoccorso, telecontrollo);
- incremento dei letti ospedalieri di osservazione affiancati al PS e rafforzamento del PS;
- assessment geriatrico inteso come identificazione dei bisogni degli anziani (cura, riabilitazione, ausili, educazione “sanitaria”, ...) e la presenza e disponibilità di servizi che possano facilmente rispondere a questi bisogni con interventi tempestivi;
- linee guida (oltre a quelle citate nei punti precedenti);

Tra le azioni sopra elencate sono prioritarie e da programmarsi in ambito distrettuale e/o a livello ambulatoriale ospedaliero:

- la realizzazione di un sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni efficiente che permetta l'esecuzione di più esami di specialità diverse in modo sequenziale nell'arco di poche ore;
- la realizzazione di un sistema di accesso privilegiato per i pazienti con caratteristiche di urgenza su segnalazione dei MMG o dei servizi di assistenza domiciliare;
- la programmazione e la realizzazione di corsi di educazione sanitaria rivolti a gruppi selezionati di pazienti incentrati sulla conoscenza della malattia e sull'uso dei farmaci;
- la disponibilità di posti letto in strutture residenziali caratterizzate da alta attività assistenziale.

6.2 L'offerta: i principi ed i criteri per l'organizzazione della rete ospedaliera regionale

La legge regionale 13/95 ha definito, all'articolo 4 e seguenti, la composizione della rete ospedaliera regionale nei termini seguenti:

- **ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione**, ovvero ospedali a più elevata complessità e con ambito geografico di riferimento identificabile nell'intero territorio regionale o caratterizzati dalla presenza dell'Università. Questi sono:
 - l'Azienda ospedaliera mista "Ospedali riuniti di Trieste" che comprende le funzioni universitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Trieste;
 - l'Azienda ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" di Udine ed il Policlinico universitario a gestione diretta della facoltà di Medicina e Chirurgia di Udine che, ai sensi della normativa regionale vigente e del recente Protocollo d'intesa Regione/Università, costituiscono insieme il Polo ospedaliero udinese;
 - i due I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste ed il Centro di riferimento oncologico di Aviano.

Per le strutture universitarie e gli I.R.C.C.S., la citata legge regionale (articolo 5, commi 2 e 3) prevede lo stretto rapporto con le esigenze assistenziali del Servizio sanitario regionale e l'integrazione delle funzioni e dei servizi con le tre Aziende ospedaliere, evitando duplicazioni anche mediante l'istituzione di dipartimenti comprendenti servizi delle strutture interessate;

- **ospedali di rilievo regionale**, già indicati ai commi 5 e 6 dell'articolo 9 della L.R. 12/94, rappresentati dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli di Pordenone" e dagli ospedali di Gorizia e Monfalcone (integrati tra loro per unificare le funzioni specialistiche) e caratterizzati, oltre che dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento degli acuti, dalla presenza di funzioni specialistiche che possono costituire riferimento anche per altri ospedali;
- **ospedali di rete** (articolo 7 della L.R. 13/95), con dotazione funzionale minima tale da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento degli acuti e dall'eventuale presenza diversificata di funzioni specialistiche aggiuntive, rappresentati dai presidi ospedalieri di: Tolmezzo, San Daniele del Friuli, Palmanova, Latisana, San Vito al Tagliamento.

A completamento di tale configurazione ospedaliera le disposizioni legislative riguardano:

- l'apporto della **spedalità privata** (articolo 9 della L.R. n. 13/95), sul quale sono successivamente intervenute norme nazionali e regionali, prevede che le strutture ospedaliere private, facciano parte della rete ospedaliera regionale erogando prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e siano accreditate nei limiti della programmazione sanitaria regionale. Inoltre l'articolo 6 delle L.R. n. 3 del 12 febbraio 1998, al comma 4 stabilisce che: "...l'offerta di prestazioni sanitarie accreditabile è definita ... con gli strumenti di pianificazione sanitaria in relazione alla domanda di prestazioni attesa, prevedendo per l'offerta privata una quota tendenzialmente non inferiore a quella attuale riferita all'intero territorio regionale. La programmazione deve comunque perseguire l'obiettivo di riequilibrare la presenza dell'offerta privata indirizzando l'accreditamento verso i settori carenti e le funzioni finalizzate alla deospedalizzazione, riducendo le disomogeneità presenti in alcune aree territoriali e l'eccesso di domanda impropriamente indotta".
- **l'Istituto di medicina fisica e riabilitazione Gervasutta**, definito come ospedale della rete ospedaliera regionale al quale, in base all'articolo 8 della L.R. n. 13/95, si applicano le stesse norme previste dall'articolo 4 commi 3, 4 e 5. Il successivo Piano regionale per l'Unità spinale e riabilitazione di III livello ha individuato questo Istituto come sede della riabilitazione post-acuta non solo per i soggetti mielolesi e

craniolesi ma per l'intera offerta regionale di neuro-riabilitazione di III livello confermando la scelta strategica della collocazione dell'Unità spinale nel Polo sanitario udinese.

- la trasformazione e riconversione dei presidi ospedalieri di **Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e Spilimbergo** per l'erogazione di prestazioni diverse dal ricovero per acuti nell'ambito dell'attuazione del primo PIMT (articolo 21 comma 3 e lettera a).

Ai sensi della lettera c del citato articolo 21, comma 3, l'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" ed il Policlinico universitario di Udine hanno raggiunto un accordo che consente di ospitare alcune funzioni specialistiche nell'Ospedale San Michele di Gemona in attesa della realizzazione di nuovi spazi nel Polo ospedaliero udinese.

Ai sensi della lettera b dello stesso articolo, all'ospedale di Spilimbergo è stata attribuita la funzione di unico ospedale di rete per l'area pedemontana della Provincia di Pordenone (con deroga sui posti letto e sull'area materno-infantile).

Le norme sin qui richiamate mantengono piena validità come quadro di indirizzo generale del presente Piano d'intervento a medio termine 2000-2002, anche alla luce della normativa più recente (Linee guida per l'Emergenza, nuovo Piano sanitario nazionale, nuovo decreto legislativo di riordino del S.S.N.) .

A integrazione di questi elementi il Piano recepisce ulteriori aspetti di indirizzo e criteri guida che si impongono in coerenza con la nuova normativa citata e tengono conto dell'esperienza maturata con l'applicazione del primo PIMT:

Per quanto concerne il già richiamato **rapporto tra Aziende ospedaliere e gli I.R.C.C.S. e le strutture universitarie**, posto che tutti i soggetti devono integrarsi con le funzioni territoriali (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, servizi di rete per gli anziani, area materno-infantile, disabilità ecc.) ed ospedaliere delle Aziende per i servizi sanitari, si precisa che:

- l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo e l'Azienda ospedaliera mista di Trieste dovranno operare per mantenere i vantaggi qualitativi dell'offerta specialistica materno-infantile perseguendo un'integrazione funzionale e gestionale che consenta di recuperare in efficienza e ridurre i costi dell'attuale duplicazione di funzioni. Sia i servizi di supporto che l'utilizzo di strutture complesse potrebbero essere oggetto di razionalizzazione con l'integrazione di segmenti produttivi, tutelando la funzionalità per l'utenza, la professionalità e la qualità delle prestazioni erogate e riducendo le duplicazioni;
- il Policlinico universitario a gestione diretta di Udine e l'Azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Udine hanno il compito di procedere agli accordi interaziendali attuativi del protocollo d'intesa Regione/Università e di costituire il Polo ospedaliero udinese. Il protocollo ha specificato non solo obiettivi triennali ma anche gli indirizzi da seguire sul lungo periodo ed in particolare sul versante dell'integrazione edilizia e funzionale: è evidente che, tenendo presenti gli obiettivi di lungo periodo già fissati, ogni qualvolta le condizioni logistiche lo permettano, devono essere individuati consensualmente ulteriori forme di integrazione che rispondano alla duplice esigenza di rispetto dei vincoli economici e di qualificazione dell'attività;
- all'I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano e all'Azienda ospedaliera di Pordenone sono stati già assegnati dal primo PIMT obiettivi di integrazione per la Radioterapia; inoltre il Piano regionale per le malattie oncologiche, nell'individuare il Dipartimento oncologico dell'area pordenonese, definisce ulteriori integrazioni per funzioni di diagnosi, cura e ricerca ed altre potranno essere ulteriormente sviluppate attraverso dipartimenti interaziendali che tengano conto dei mandati regionali, del livello di attività svolto, dei criteri di efficienza ed economicità dei compiti del C.R.O. quale struttura per acuti. Le due aziende dovranno tenere conto del rispettivo mandato che, nel caso del C.R.O. vede assegnata a questa

struttura sin dal primo PIMT la funzione esclusiva per l'area pordenonese per le Malattie infettive, l'Oncologia e la Radioterapia.

Il raggiungimento degli obiettivi di integrazione e riduzione delle duplicazioni dovrà essere facilitato attraverso la definizione delle modalità di regolazione dei rapporti interaziendali, di specifici meccanismi economici e di vincoli di programmazione che troveranno espressione nelle Linee guida gestionali annuali. Occorre infine considerare che con il decreto interministeriale del 31.7.1998 è stato esteso il riconoscimento di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico della "Eugenio Medea" dell'Associazione "La Nostra Famiglia" alla sede di San Vito al Tagliamento (PN) con il distaccamento di Pasian di Prato (UD).

Lo stesso decreto precisa che tale riconoscimento avviene "con i limiti e le precisazioni contenute nei provvedimenti adottati dalle Regioni interessate" (Friuli Venezia-Giulia, Veneto, Lombardia e Puglia). Questi attengono alla considerazione che:

- "non sono previsti incrementi di spesa per l'attività assistenziale a carico del F.S.N."
- "i posti letto diurni sono da intendersi quali posti di internato e seminternato ai sensi dell'art. 26 L. 33/78".

Pertanto, non si prevedono modificazioni ai rapporti convenzionali attualmente in essere e nelle relative attività ambulatoriali e residenziali regolate ex art. 26.

Alla fine del triennio sarà valutato l'apporto dell'Istituto all'attività assistenziale del S.S.R..

Per quanto concerne le **strutture private**, dovrà essere tenuto presente l'obiettivo di meglio orientare questa offerta ai bisogni dell'utenza. L'erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali dovrà avvenire nell'ambito delle indicazioni della programmazione sanitaria regionale.

Inoltre, alla luce delle problematiche di attuazione di alcuni aspetti stabiliti dalla L.R. 13/95, sempre nella logica dei criteri di ridefinizione dell'offerta, occorre considerare che:

- nel ribadire che la degenza ospedaliera deve essere eminentemente rivolta ai casi acuti, si ricordano le soluzioni alternative al ricovero ospedaliero perseguibili a livello domiciliare e residenziale per quelle patologie che fino ad oggi hanno trovato risposta nel "contenitore ospedale"; queste soluzioni sono state già attuate con esito positivo in diversi Distretti della Regione anche se ancora in modo disomogeneo. In questo senso potrà anche essere valutata l'opportunità di trasferire sul territorio funzioni o segmenti di funzioni ospedaliere che già di fatto sono attualmente orientate ad un indirizzo riabilitativo non direttamente legato alla fase post-acuta. Ciò avendo cura di trasferire la funzione e la struttura con una quota relativa di personale per realizzare direttamente il passaggio di risorse al territorio;
- nella ricerca dell'efficienza dei servizi di diagnosi e cura senza posti letto, è necessario superare la visione autarchica di singolo presidio ospedaliero e, in taluni casi, di singola azienda. Già il Piano sangue allegato al primo PIMT indicava manovre di riorganizzazione su base provinciale. In questo ambito, anche per altri servizi (es. Laboratorio analisi, Anatomia patologica) sono possibili consistenti manovre di razionalizzazione organizzativa senza determinare alcuna conseguenza negativa nell'impatto con l'utenza e con le comunità locali, essendo comunque garantite le stesse prestazioni;
- attualmente diventa più importante l'analisi dei volumi di ricovero ospedaliero piuttosto che l'analisi della dotazione di posti letto. Ciò significa, in particolare, che la dotazione minima di 250 posti letto per ogni ospedale di rete, così come le dotazioni minime per specifiche unità operative, devono essere viste alla luce della consistente diminuzione dei ricoveri, della degenza media ed allo sviluppo del Day hospital/Day surgery. A ciò va aggiunta la spinta ad una sempre maggiore dotazione tecnologica degli ospedali del futuro ed allo sviluppo della Chirurgia microinvasiva che consentono di ridurre la permanenza in ospedale e trattare ambulatoriamente una casistica più ampia. Tutti questi fattori stanno determinando una rilevante riduzione della struttura ospedaliera che in molti casi consente un dimensionamento degli ospedali delle

Aziende per i servizi sanitari anche al di sotto dei 250 posti letto, senza compromettere i requisiti di sicurezza richiesti;

- relativamente agli assetti organizzativi, occorre distinguere tra l'esigenza di garantire le funzioni ospedaliere e la conseguente definizione della loro formula organizzativa. Non necessariamente la presenza di una funzione significa esistenza dell'unità operativa specifica (con assegnazione di tutti i fattori produttivi che usualmente si associano a questa configurazione organizzativa). Le funzioni "possono" e spesso "devono" collocarsi nell'ambito di una Disciplina generale. La messa in comune di risorse, spazi, tecnologie e personale nonché l'adozione di protocolli e percorsi diagnostici costituiscono il nuovo modello organizzativo flessibile integrato a "rete";
- il modello dipartimentale deve diventare il cardine della nuova organizzazione ospedaliera; essere cioè lo strumento gestionale/strutturale per superare la preesistente organizzazione divisionale, conferendo maggiore flessibilità ed efficienza all'utilizzo dei fattori produttivi e contribuendo ad orientare di più le strutture alle esigenze dei pazienti;
- i soggetti pubblici e privati devono rispettare i criteri di accreditamento, intesi come prestabilite caratteristiche organizzative, tecnologiche e strutturali ed aspetti di qualità tecnico-professionale e di risultato;
- l'attività di Dialisi è stata oggetto nel corso dell'attuazione del primo PIMT di un potenziamento e decentramento negli ospedali di rete e nei distretti (con l'attivazione nelle sedi di Cividale e San Daniele, l'aumento dell'attività a Codroipo e con l'istituzione dell'Unità operativa a Palmanova). In ragione del previsto aumento dei bisogni (legato al progressivo aumento degli anziani) e della necessità di ulteriori investimenti in attrezzature, le Aziende dovranno procedere ad una riorganizzazione del settore nell'ambito della loro autonomia, favorendo in ogni modo la presenza di posti dialisi negli ospedali di rete e nelle sedi ospedaliere oggetto di riconversione. Nel distretto di Udine, in ragione della necessità di orientare le funzioni del Polo ospedaliero udinese prevalentemente sui trapianti renali e sui casi complessi, l'Azienda sanitaria n.4 e l'Azienda ospedaliera dovranno pianificare le modalità organizzative con cui rispondere alle esigenze dialitiche dei residenti. L'Azienda ospedaliera di Trieste, in accordo con l'Azienda sanitaria n.1 dovrà determinare le possibilità di sviluppo del settore. Le Aziende sanitarie n. 2 e n. 5 dovranno concordare con le Associazioni e gli enti locali del turismo il livello di assistenza dialitica da erogare per i turisti;
- la funzione di Ematologia, già unica a livello regionale, presenta elementi critici legati a tre fattori evidenziatisi nel triennio:
 - a) l'aumentata richiesta di prestazioni ematologiche in regione;
 - b) la forte espansione dell'attività trapiantologica che sottrae risorse e spazi alla rimanente attività clinica;
 - c) la limitatezza delle disponibilità logistiche attuali nel polo ospedaliero udinese.

Le azioni proposte per superare questa "crisi di crescita" sono:

- sviluppare formule organizzative dipartimentali che consentano di portare in periferia, avvicinandole all'utenza, competenze ematologiche qualificate e collegate all'unità operativa di Udine per trattare appropriatamente un maggior numero di patologie ematologiche complesse;
- individuare nel polo sanitario udinese gli spazi necessari a far sì che l'attività trapiantologica possa svolgersi senza comprimere la restante attività clinica ematologica;
- per le funzioni di Cardiocirurgia e di Neurochirurgia è necessario svolgere nel corso del triennio una rivalutazione critica dell'attuale assetto, che tenga conto dei dati che emergono dalla letteratura scientifica, con particolare riferimento al potenziale incremento/decremento delle casistiche e dei parametri di attività

conseguenti alle ristrutturazioni edilizie in corso, consentendo di definire l'opportunità di mantenere l'attuale assetto esistente, anche in considerazione della necessità di salvaguardare la completezza di funzioni nei due DEA regionali di II livello;

- la funzione di Neuropsichiatria infantile è già, di fatto, divenuta funzione territoriale, integrata nelle Equipes Multidisciplinari per l'handicap, come previsto dalla L.R. n. 41/96;
- la localizzazione delle attività di genetica, con particolare riferimento a quelle relative alle prestazioni di diagnosi prenatale, verrà definita nel corso del 2000 all'interno di un progetto regionale specifico che terrà conto dei livelli di attività e di criteri di qualità e accessibilità;
- si confermano le previste funzioni regionali di Neonatologia con degenza, collocate a Trieste, presso il Burlo Garofolo, ed a Udine, presso l'A.O. S. Maria della Misericordia, e da integrarsi, a Trieste con l'Azienda Ospedaliera mista "Ospedali Riuniti" per quanto possibile nei servizi di supporto, ed a Udine con il Policlinico Universitario nell'ambito del Dipartimento materno-infantile;
- la dotazione in alte tecnologie, se da un lato, come tendenza, vede la diffusione di alcune apparecchiature anche negli ospedali di rete (ad esempio TAC) per altre, più complesse ed a meno frequente utilizzazione, che richiedono un contesto ospedaliero specifico (come Camera iperbarica, tomografia ad emissione di positroni, ecc.) è necessaria una collocazione coerente con il mandato istituzionale e quindi con le gerarchie previste nella rete ospedaliera regionale, e comunque in strutture atte a garantirne sicurezza, efficienza ed efficacia;
- la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente o definitivamente accreditate avverrà tenendo conto dei criteri fissati dalla L.R. n.3 del 12.02.98 e dal decreto legislativo 19.6.1999 n. 229.

In linea generale tali criteri prevedono:

- l'obbligo di formale contrattazione tra Aziende per i Servizi Sanitari e strutture private che pervenga alla definizione di un programma preventivo concordato il quale preveda la determinazione del volume complessivo di attività e l'eventuale remunerazione delle attività effettuate in eccedenza al volume definito;
- la prioritaria offerta alle strutture private, qualora l'Azienda sanitaria ritenga di ricorrere all'esterno, di programmi di attività aggiuntivi a quelli in atto relativi a settori socio-assistenziali non coperti dalle strutture pubbliche;
- ogni altra attività che l'Azienda per i Servizi Sanitari e/o Ospedaliera intenda concordare;
- la libera scelta è vincolata dagli accordi contrattuali sottoscritti sia in relazione all'entità che alla tipologia di prestazioni contrattate;
- favorire le iniziative di creazione di società miste a capitale pubblico e privato per la gestione in comune di quote di assistenza sanitaria ove risulti di reciproco interesse la collaborazione gestionale;
- gli ospedali di Trieste, Gorizia-Monfalcone e l'I.R.C.C.S. Burlo G. potranno coordinarsi per sviluppare un progetto di cooperazione sanitaria trans-frontaliera con i corrispondenti presidi ospedalieri della Slovenia e della Croazia;
- l'applicazione delle previsioni del decreto legislativo n. 229/99 in tema di libera professione degli operatori sanitari e le prevedibili integrazioni attese nel nuovo contratto di lavoro della dirigenza medica, avranno importanti ricadute in termini organizzativi e gestionali.

Attività per i trapianti di organi e tessuti

a) Trapianti d'organo

I trapianti di organo trovano oggi indicazione in una vasta gamma di malattie congenite ed acquisite e nella maggior parte dei casi assumono il significato di intervento terapeutico salvavita. Con un proprio atto deliberativo la Giunta regionale provvede a strutturare la rete regionale per i prelievi e i trapianti di organo e di tessuti. In modo particolare, sulla scorta delle indicazioni della legge 1 aprile 1999, n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi di organi e di tessuti", identifica il Centro regionale per i trapianti, la rete dei Coordinatori regionale e locali, il comitato regionale e le strutture per i prelievi.

Nell'adeguare la determinazione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva ai fini della risposta all'emergenza/urgenza, il Piano dell'Emergenza terrà conto delle necessità delle strutture ospedaliere identificate dalla Delibera di Giunta quali sedi destinate all'attività di prelievo d'organi. Le Aziende sanitarie interessate dovranno provvedere all'adeguamento mediante la loro programmazione annuale.

Di seguito vengono quindi definiti, per il triennio di validità, i fabbisogni regionali di trapianto e le strutture per i trapianti. E' riconosciuta la opportunità che nella stessa struttura ospedaliera vengano effettuati più tipi di trapianto, per un razionale utilizzo delle risorse necessarie a far fronte alla complessità dell'intervento trapiantologico. Già la L.R. 12/94 prevedeva la costituzione di un Dipartimento Integrato sperimentale Università di Udine-Azienda Ospedaliera di Udine per i trapianti di midollo e d'organo; la previsione ha trovato successiva attuazione nel protocollo d'intesa tra la Regione e l'Università di Udine.

Nel triennio le Aziende interessate dovranno procedere, mediante la programmazione annuale delle attività, alla costituzione ed alla attivazione del "Dipartimento integrato per i trapianti d'organo" finalizzato ad effettuare le seguenti attività:

- 1 - Trapianto di fegato: valutando i dati della letteratura e gli studi effettuati in Italia, si può prevedere in Regione un'attività di circa 20 trapianti di fegato l'anno.
- 2 - Trapianti di cuore: è prevedibile per il triennio un'attività pari a circa 24-30 trapianti cardiaci l'anno.
- 3 - Trapianti di rene: per far fronte alla richiesta si deve potenziare l'attività di trapianto renale a livello di 40-50 casi/anno. Al raggiungimento dell'obiettivo concorreranno sia il Dipartimento integrato per i trapianti d'organo del polo sanitario udinese, sia l'Azienda ospedaliera mista "Ospedali Riuniti" di Trieste, attesa la sussistenza dell'autorizzazione ministeriale all'Azienda ospedaliera stessa ad effettuare trapianti di rene.

b) Prelievo e trapianti di tessuti

Per quanto attiene al prelievo di tessuti (cornea, valvole cardiache, osso) la Regione intende costituire appositi Centri interregionali mediante la stipula di una specifica convenzione, con la Regione Veneto dove risultano già operanti strutture idonee alla raccolta, selezione e conservazione dei tessuti, (cornee, valvole) secondo quanto indicato all'art. 10, comma 1 e 3 della legge 1 aprile 1999, n. 91.

A tal fine, inoltre, nella definizione del modello organizzativo ospedaliero, il presente piano richiede alle Direzioni aziendali che nell'adeguamento delle strutture di Anatomia Patologica si tenga conto dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici richiesti per il prelievo di tessuti da cadavere.

Per quanto attiene ai trapianti di tessuti:

- a) il fabbisogno annuo di valvole cardiache da trapiantare in Regione è stimato al massimo in 150 casi/anno, sulla base di recenti dati della letteratura nazionale ed internazionale; è previsione del presente Piano che i trapianti di valvola possano essere effettuati nelle due strutture ospedaliere di Udine e Trieste, dotate di Unità operative di Cardiochirurgia;
- b) per i trapianti di cornea non è richiesta particolare autorizzazione e possono essere effettuati in ogni ospedale dotato dei necessari requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici.

c) Trapianto di midollo

Per quanto attiene al trapianto di midollo, la materia è già stata oggetto di riorganizzazione con il Piano regionale per le malattie oncologiche, a cui si rinvia. Nel corso del triennio dovranno essere individuati spazi adeguati allo svolgimento di questa attività.

d) Tipizzazione tissutale

Per quanto attiene alla tipizzazione tissutale ai fini di trapianto, si riconferma quanto già definito da questa Regione in accordo con il North Italian Transplant: i laboratori regionali di riferimento sono pertanto organizzati dall' Azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Udine, dall' A.O. mista "Ospedali Riuniti" di Trieste e dall' A.O. Santa Maria degli Angeli di Pordenone.

Per l'attuazione delle suddette indicazioni, nonché per le iniziative di formazione e informazione, per il potenziamento del sistema informativo e delle strutture deputate al prelievo e trapianto di organi e tessuti, e per tutte le procedure concernenti il prelievo e trapianto di organi e tessuti (accertamento dell'idoneità del potenziale donatore, accertamento di morte, trasporto di organi ecc.) saranno utilizzati i finanziamenti previsti dalla legge 91/1999, da integrare, ove necessario, con fondi finalizzati regionali il cui ammontare e le cui modalità di riparto fra le Aziende saranno stabiliti dalla Giunta regionale in sede di elaborazione delle linee per la gestione annuale.

6.3 La ricomposizione del rapporto domanda/offerta

Il presente Piano stabilisce per gli ospedali della Regione differenti livelli di mandato istituzionale e definisce diverse tipologie di funzioni erogate:

- 1) funzioni essenziali che “devono” essere obbligatoriamente garantite;
- 2) funzioni che “possono” essere mantenute o attivate nell’ambito dell’autonomia aziendale previo rispetto dei criteri più sotto indicati;
- 3) di conseguenza sono individuate funzioni che “non possono” essere attivate in alcuni ospedali in quanto già garantite da altre strutture.

Per le funzioni di cui ai punti 1 e 2 non sono indicati né la formula organizzativa, né il numero di Unità operative, né il numero di posti letto: questi elementi vengono demandati all’autonomia aziendale ferma restando l’obbligatorietà della degenza nei casi espressamente indicati con la dicitura “Sì” nella colonna “degenze” delle tabelle seguenti.

Nella definizione dei diversi livelli di mandato istituzionale, emergono aspetti di coordinamento e integrazione delle attività aziendali che tengono conto dei bacini geografici di riferimento, della necessità di perseguire l’integrazione interaziendale al fine di assicurare la risposta coordinata ai bisogni dell’utenza evitando duplicazioni e dispersione di risorse tecnologiche e di competenze professionali.

In accordo con le linee strategiche del Piano, tenendo presenti le risorse a disposizione, la necessità di assicurare le funzioni essenziali da erogare indicate di seguito e previo confronto con le realtà locali, le Aziende definiscono attraverso i Piani di intervento triennali e annuali, la nuova dotazione strutturale e le attività che consentono di raggiungere gli obiettivi di salute. Col vincolo del pareggio di bilancio esse dovranno anche compiere scelte di priorità sui servizi da mantenere, da accorpate o da dismettere, tenendo conto delle previsioni tendenziali a 6 anni indicate nell’allegato n. 3 della L.R. 13/95 e privilegiando gli accorpamenti dei servizi non direttamente prestati agli utenti, nel rispetto degli indicatori di funzionalità in grado di misurare il livello di efficienza delle singole unità operative.

Nel produrre i piani annuali e triennali da negoziare a livello regionale, le Aziende individuano la dotazione funzionale e l’assetto organizzativo degli ospedali (in particolare modo per le funzioni aggiuntive) nel rispetto dei seguenti criteri:

- E’ prioritaria l’erogazione delle funzioni essenziali minime assegnate dal mandato, a partire dalle funzioni territoriali per le Aziende per i servizi sanitari.
- L’offerta deve essere rispondente ai bisogni rilevati dall’analisi epidemiologica; il che significa verificare l’esistenza di bacini d’utenza con volumi di attività adeguati a garantire l’efficienza produttiva nel pieno utilizzo delle risorse umane e tecnologiche.
- Il consumo di fattori produttivi per le attività aggiuntive deve essere compatibile con l’equilibrio di bilancio aziendale e deve avvenire nel rispetto delle risorse disponibili calcolate anche sul medio-lungo periodo.
- Le funzioni individuate come dotazione di ospedale devono conseguire e mantenere nel tempo i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti per l’accreditamento strutturale e prevedere volumi di attività idonei a rientrare nei requisiti di sicurezza per l’accreditamento funzionale (casistica di entità adeguata a mantenere le competenze professionali).
- L’aggiornamento e l’acquisizione delle dotazioni tecnologiche necessarie a garantire la qualità delle prestazioni dovranno essere oggetto di una valutazione dei costi in rapporto all’attività prevista e quindi al loro utilizzo ottimale.
- Nel programmare l’erogazione delle prestazioni dovranno essere rispettati i Piani settoriali regionali Cardiologico e Oncologico-che attengono alle patologie che rivestono maggiore incidenza e prevalenza per mortalità e morbilità -, il Piano della Riabilitazione ed Unità spinale ed altre linee guida regionali già

esistenti, nonché quelle che verranno prossimamente elaborate con il contributo delle Associazioni scientifiche a seguito del presente Piano.

- L'adeguamento degli assetti strutturali e funzionali tra diverse strutture dello stesso ambito aziendale devono garantire all'utenza, in modo particolare per le funzioni legate all'emergenza, il più breve tempo medio di accesso valutando a tal fine tra le diverse sedi di erogazione possibile quella che risponda meglio a tale requisito.
- I piani aziendali devono conseguire il pieno utilizzo delle opere edilizie a norma già edificate o in via di ultimazione e dovranno adeguare le opere edilizie in progettazione alle scelte strategiche operate secondo le previsioni di cui sopra. Ciò al fine di certificare la previsione di adeguamento alla normativa di sicurezza e di pieno utilizzo delle strutture edificate o in via di edificazione con fondi di cui all'articolo 20 della legge 67/88 (sul modello di quanto richiesto dallo Stato alle Regioni).
- Nella definizione della struttura e delle attività degli ospedali ex articolo 21 L.R. 13/95 costituisce vincolo all'eventuale mantenimento di attività ospedaliere residue, la preventiva completa attivazione dei servizi distrettuali essenziali (RSA, ADI, CSM ecc). Analoga indicazione va estesa agli ospedali di rete con riferimento all'attivazione delle funzioni facoltative.

Il mandato e le funzioni dell'ospedale di rete

(Tolmezzo, San Daniele, Palmanova, Latisana, San Vito al Tagliamento)

Gli ospedali di rete costituiscono il primo livello di assistenza ospedaliera regionale e sono indirizzati ad erogare prestazioni di diagnosi e cura connesse alle funzioni di base. Essi sono strettamente integrati con le funzioni distrettuali e collegati funzionalmente agli ospedali di rilievo regionale e nazionale. Come più sotto specificato essi possono, a determinate condizioni, essere dotati anche di funzioni specialistiche aggiuntive.

Gli ospedali di rilievo regionale e nazionale erogano, per i distretti di competenza, anche le prestazioni riferibili alle funzioni di base proprie degli ospedali di rete.

- In base all'articolo 7 della L.R. 13/95 e di quanto specificato ai capitoli 6.2, e 7.5 del presente Piano, le "funzioni essenziali" che l'ospedale di rete "deve" garantire, sono le seguenti:
- Pronto soccorso e osservazione temporanea
- Area dell'emergenza con guardia attiva con posti letto per terapia intensiva e subintensiva
- Medicina generale con degenza
- Cardiologia
- Oncologia
- Recupero e riabilitazione funzionale
- Chirurgia generale con degenza
- Ortopedia e traumatologia con degenza
- Ostetricia e Ginecologia con degenza
- Pediatria con degenza
- Anestesia e rianimazione con guardia attiva
- Radiologia
- Laboratorio analisi
- Medicina Trasfusionale, collegata al Servizio immunotrasfusionale dell'Ospedale di riferimento
- Emodialisi
- Farmacia (funzione organizzata su base aziendale)
- Direzione sanitaria (a livello di singolo stabilimento)
- Anatomia patologica (garantiti dall'Ospedale di riferimento gli esami al congelatore e l'accertamento diagnostico)

Nell'ambito della propria autonomia, l'Azienda "può" prevedere la presenza di alcune funzioni di supporto, di funzioni specialistiche senza degenza o con degenza ordinaria e/o, prioritariamente, con degenza diurna di:

- Oculistica
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Neurologia

La necessità del mantenimento o l'eventuale necessità dell'attivazione delle suddette "funzioni facoltative" negli ospedali di rete dovrà avvenire prioritariamente mediante accordi con le aziende ospedaliere di riferimento. Ciò potrà essere proposto dall'Azienda nei documenti di pianificazione aziendale e sottoposto alla negoziazione regionale indicando la coerenza con i criteri generali.

Ospedale di Tolmezzo		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina TrASFusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva
Anestesia e rianimazione		Degenze in Area dell'emergenza
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze in Area dell'emergenza
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con Polo ospedaliero udinese
Otorinolaringoiatria		

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 212 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Ospedale di San Daniele del Friuli		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva
Anestesia e rianimazione		Degenze in Area dell'emergenza
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze in Area dell'emergenza
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con Polo ospedaliero udinese
Psichiatria	Si	Da mantenere fino all'avvenuto potenziamento dei CSM dell'A.S.S n. 4

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 252 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Ospedale di Palmanova		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasmfusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva
Anestesia e rianimazione		Degenze in Area dell'emergenza
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze in Area dell'emergenza
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con Polo ospedaliero udinese
Oculistica		

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 286 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Ospedale di Latisana		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva
Anestesia e rianimazione		Degenze in Area dell'emergenza
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze in Area dell'emergenza
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con Polo ospedaliero udinese
Otorinolaringoiatria		

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 239 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Ospedale di San Vito al Tagliamento		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina TrASFusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva
Anestesia e rianimazione		Degenze in Area dell'emergenza
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze in Area dell'emergenza
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con l'A.O. di Pordenone
Otorinolaringoiatria		
Oculistica		
Neurologia		

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 294 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Il mandato e le funzioni dell'Ospedale di Spilimbergo

E' individuato come unico ospedale di rete per l'area montana e pedemontana della provincia di Pordenone ai sensi dell'art. 21 L.R. 13/95, pur non essendo dotato di tutte le funzioni proprie degli ospedali di rete.

Nella tabella sottostante sono indicate le dotazioni attuali con ombreggiatura su quelle da garantire obbligatoriamente.

Ospedale di Spilimbergo		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva
Anestesia e rianimazione		
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze in Area dell'emergenza
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con A.O. di Pordenone

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 115 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Il mandato e le funzioni degli ospedali di rilievo regionale

(Gorizia-Monfalcone e Pordenone)

Questi ospedali, oltre ad essere caratterizzati dalla presenza obbligatoria di tutte le funzioni di base proprie degli ospedali di rete, sono dotati, in ragione del loro bacino d'utenza, di ulteriori funzioni specialistiche obbligatorie, nonché di altre facoltative (per Gorizia-Monfalcone con il vincolo di integrazione delle due strutture) che possono costituire riferimento anche per altri ospedali.

Per quanto concerne gli **Ospedali di Gorizia e Monfalcone** le funzioni di degenza in Unità coronarica e in Terapia intensiva, attualmente erogate, dovranno essere mantenute e collocate, rispettivamente, nelle nuove edificazioni di San Giovanni di Dio e di San Polo, in un'unica area critica dipartimentale.

Inoltre, con una unica unità operativa che svolge attività per entrambi gli ospedali, "possono" essere dotati delle seguenti funzioni:

- Oculistica
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Pneumologia e fisiopatologia respiratoria
- Diabetologia
- Dermatologia
- Odontostomatologia
- Neurologia.

L'A.S.S. n.2 dovrà stipulare accordi aziendali con l'A.S.S. n.1, l'Azienda Ospedaliera mista "Ospedali Riuniti di Trieste" e con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo per realizzare l'integrazione funzionale nelle specialità di Cardiologia, Oncologia e Materno infantile (mantenute come funzioni proprie dei due ospedali) per le attività complesse, nonché per realizzare una organizzazione dipartimentale interaziendale nelle specialità di Psichiatria, Medicina TrASFusionale e Anatomia Patologica.

Per quanto concerne l'**Ospedale di Pordenone** devono essere mantenute le funzioni di degenza, attualmente erogate, per le specialità di Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Neurologia, Unità coronarica, Terapia intensiva, Rianimazione e Chirurgia della mano e Microchirurgia, funzione per la quale l'ospedale costituisce riferimento regionale per l'emergenza.

Inoltre l'ospedale "può" essere dotato delle seguenti ulteriori funzioni previste dall'allegato 3 della L.R. n. 13/95:

- Diabetologia
- Nefrologia con degenza
- Pneumologia
- Dermatologia
- Odontostomatologia e chirurgia maxillofacciale
- Medicina nucleare
- Gastroenterologia
- Microbiologia

L'Azienda ospedaliera dovrà stipulare accordi interaziendali con l'A.S.S. n. 6 per realizzare una organizzazione dipartimentale interaziendale nelle specialità di Psichiatria, Medicina TrASFusionale, Anatomia patologica, Cardiologia, Laboratorio, Oncologia nonché per la definizione di protocolli e linee guida per le dimissioni protette, i percorsi ambulatoriali e diagnostici preferenziali e per la collaborazione in altre aree, per realizzare un'integrazione secondo il modello dell'area vasta.

In questa luce ulteriori accordi dovranno, relativamente all'area dei servizi, essere definiti con l'I.R.C.C.S. C.R.O. di Aviano che garantirà le funzioni di Fisica sanitaria e di Radioterapia e per realizzare l'integrazione funzionale nelle specialità di Medicina TrASFusionale, Laboratorio analisi, Anatomia patologica, Medicina nucleare e Oncologia.

Ospedale di Gorizia		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina TrASFusionale		Attività produttiva (riferimento anche per AOORT e I.R.C.C.S. Burlo)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Area critica unica per le degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva ed Unità coronarica (nella nuova sede ospedaliera)
Anestesia e rianimazione		Degenze di Terapia intensiva
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze di Unità coronarica
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con Azienda ospedaliera di Trieste
Diabetologia		
Neurologia		
Pneumologia e fisiopatologia respiratoria.		
Odontostomatologia		
Dermatologia		
Urologia		
Psichiatria		Funzione territoriale. Riferimento all'A.S.S. n. 1/AOORT per le degenze

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 297 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Ospedale di Monfalcone		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)
		Attività di servizio (limitatamente alle necessità)
Farmacia		
Pronto soccorso	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di Emergenza	Sì	Area critica unica per le degenze di Terapia intensiva e sub-intensiva ed Unità coronarica (nella nuova sede ospedaliera)
Anestesia e rianimazione		Degenze di Terapia intensiva
Medicina generale	Sì	
Cardiologia		Degenze di Unità coronarica
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		
Emodialisi		
Anatomia patologica		Esami al congelatore ed accertamento diagnostico in collaborazione con Azienda ospedaliera di Trieste
Diabetologia		
Oculistica		
Otorinolaringoiatria		

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 254 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Ospedale di Pordenone		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Radiologia		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine. Centro di riferimento per l'area del territorio dell'A.S.S. n. 6. Funzione da integrare con I.R.C.C.S. CRO di Aviano
Servizio di Medicina Trasfusionale		Attività di servizio
		Attività produttiva Centro di riferimento per l'area del territorio dell'A.S.S. n. 6. Funzione da integrare con I.R.C.C.S. CRO di Aviano
Farmacia		
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	Sì	Degenze di Medicina d'urgenza ed osservazione temporanea-Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Anestesia e rianimazione	Sì	Degenze di Terapia intensiva
Medicina generale	Sì	
Cardiologia UCIC	Sì	Con attività di emodinamica
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	Degenze in ambito dipartimentale
Chirurgia generale	Sì	
Ortopedia e traumatologia	Sì	
Ostetricia Ginecologia	Sì	
Pediatria	Sì	
Oncologia		Funzione da integrare con I.R.C.C.S. CRO di Aviano
Emodialisi		
Nefrologia		
Anatomia patologica		Centro di riferimento per l'area del territorio dell'A.S.S. n. 6. Funzione da integrare con I.R.C.C.S. CRO di Aviano
Diabetologia		
Neurologia	Sì	
Pneumologia		
Dermatologia		
Gastroenterologia		
Chirurgia della mano e microchirurgia	Sì	
Oculistica	Sì	
Otorinolaringoiatria	Sì	
Urologia	Sì	
Odontostomatologia-Chirurgia maxillo facciale		
Microbiologia		
Medicina nucleare		Funzione da integrare con I.R.C.C.S. CRO di Aviano

Fisica sanitaria		Erogata da I.R.C.C.S. CRO di Aviano
Radioterapia		Erogata da I.R.C.C.S. CRO di Aviano
Psichiatria	Sì	Erogata da A.S.S. n. 6

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 699 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Il mandato e le funzioni dell'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR) Gervasutta

Il Piano regionale per l'Unità spinale e la Riabilitazione di 3° livello (approvato dalla Giunta regionale il 30 ottobre 1996) ha già identificato l'I.M.F.R. Gervasutta quale presidio di riferimento regionale dedicato prevalentemente alla presa in carico di pazienti con menomazioni e disabilità che richiedono interventi di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione.

Tale mandato investe l'Istituto del compito di:

a) assicurare:

- il ricovero dei soggetti affetti da gravi disabilità provenienti dalle strutture che hanno risposto nella fase di emergenza/acuzie, con prosecuzione del ricovero sino al raggiungimento del massimo livello di recupero compatibile con le limitazioni imposte dalla gravità delle menomazioni;
- il ricovero di alta specialità per interventi di valutazione o per programmi terapeutici di breve durata su richiesta dei servizi di riabilitazione estensiva;

b) costituire un centro di:

- riferimento per i servizi di riabilitazione estensiva;
- assistenza tecnica per le strutture sociali coinvolte nel progetto riabilitativo;
- formazione e aggiornamento professionale;
- promozione e supporto alle Associazioni dei disabili.

A tal fine si evidenzia in particolare il raccordo con:

- a) l'Azienda ospedaliera S. Maria della Misericordia di Udine, che garantisce le cure nella fase di emergenza/acuzie per le patologie ad alto rischio di sviluppo di disabilità ed assicura all'I.M.F.R. il supporto di competenze specialistiche;
- b) gli ospedali di rete per assicurare la continuità del percorso riabilitativo;
- c) il centro "Progetto Spilimbergo" sede della riabilitazione estensiva ai pazienti mielolesi;
- d) le RSA e l'ADI delle Aziende per i Servizi Sanitari per garantire la continuità delle cure riabilitative.

La Regione è impegnata a procedere alla revisione del sistema di finanziamento per quanto riguarda le funzioni non tariffate assegnate alla struttura e le tariffe per le prestazioni di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione.

L'A.S.S. n. 4 è impegnata a ricercare soluzioni ai bisogni riabilitativi (anche di tipo residenziale), per i propri residenti al fine di raggiungere il pieno utilizzo dei servizi generali e degli spazi disponibili nell'Istituto al fine di conseguire una migliore economicità di gestione.

IMFR Gervasutta		
Funzioni	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria		
Medicina fisica e Riabilitazione	Sì	Diagnosi e Riabilitazione neurologica e uroginecologica
Medicina fisica e Riabilitazione-unità spinale	Sì	Diagnosi e Riabilitazione di disturbi corticali superiori
		Terapia occupazionale-ergoterapia
		Bioingegneria, analisi del movimento e protesi
		Rieducazione in piscina
Terapie post intensive	Sì (*)	
Pneumologia riabilitativa	Sì (*)	Training allo svezzamento dalla ventilazione meccanica
Cardiologia riabilitativa	Sì (*)	Rieducazione di pazienti con cardiovasculopatia cronica e/o esiti di intervento cardiocirurgico
Neurologia		Neurofisiologia
Radiologia		
Laboratorio		

(*) Posti letto organizzati secondo logiche dipartimentali.

Al 30/6/99 la dotazione di posti letto era di 70 unità (compresi ordinari, paganti e day hospital).

Nella scheda sono riportate le funzioni e le attività che devono essere prodotte.

Il mandato e le funzioni degli ospedali di rilievo nazionale

(Azienda ospedaliera mista “Ospedali Riuniti” di Trieste.

Polo ospedaliero unico udinese:

Azienda ospedaliera “Santa Maria della Misericordia” di Udine e Policlinico Universitario a gestione diretta di Udine)

Queste strutture, oltre ad essere caratterizzate dalla presenza obbligatoria di tutte le funzioni di base proprie degli ospedali di rete e delle funzioni proprie degli ospedali di rilievo regionale, presentano il più alto livello di complessità di assistenza ospedaliera presente in Regione. Tale complessità deriva dalla compresenza:

- delle strutture ospedaliere e di quelle universitarie e quindi dalla sussistenza di attività assistenziali, di didattica e di ricerca. La presenza di funzioni ospedaliere deve consentire alla Facoltà di Medicina e Chirurgia l'espletamento delle proprie funzioni istituzionali;
- delle funzioni a più elevata complessità legata all'emergenza, che configurano la strutturazione di Dipartimenti di Emergenza e di Accettazione di II livello, con relativa funzione di riferimento per tutti gli altri ospedali della rete regionale;
- di funzioni a valenza regionale che richiedono il più alto livello tecnologico e che comportano la più elevata complessità clinica;
- dell'attività trapiantologica.

In entrambi i contesti ospedalieri, in questi ultimi anni, sono stati avviati profondi processi di riassetto istituzionale, organizzativo ed edilizio che nel prossimo triennio dovranno essere implementati, anche se non raggiungeranno l'assetto a regime. Per altro l'emanando decreto legislativo attuativo della legge delega n. 419/98, modificando l'articolo 6 del D.Lgs. n. 502/92, prevederà le nuove modalità di apporto della Facoltà di Medicina e Chirurgia all'attività assistenziale del S.S.N. e quindi porrà l'esigenza di ridefinire gli attuali rapporti convenzionali Regione-Università attualmente regolati dai protocolli del 22-5-1998 per Trieste e del 11-6-1999 per Udine.

Azienda ospedaliera mista “Ospedali riuniti di Trieste”

Dal punto di vista dell'**assetto interno**, l'Azienda dovrà perseguire:

- Il recupero dell'efficienza interna, con particolare riferimento ai servizi diagnostici, ai servizi generali e alla logistica.
- Lo sviluppo della dipartimentalizzazione come strumento per assicurare una migliore qualità di prestazione all'utente, per favorire il coinvolgimento e l'interdisciplinarietà degli operatori e per recuperare efficienza produttiva.
- Lo sviluppo e la qualificazione delle attività a ciclo diurno e di nuove funzioni regionali (es. “Stroke unit”).
- La definizione dell'assetto organizzativo interno (es. unità operative) ed il relativo impiego dei fattori produttivi in una scala di priorità, tenendo conto della pluralità di strutture esistenti in molte funzioni specialistiche.
- L'attuazione aziendale del vigente protocollo di intesa Regione-Università, come sviluppo di una più profonda condivisione degli obiettivi e degli strumenti del mandato di Azienda “Mista” Ospedale/Università.
- Il mantenimento delle funzioni di ospedale di rete per la popolazione dell'A.S.S.n. 1.
- La deospedalizzazione dell'attività preventiva in accordo con l'A.S.S. n. 1.
- Lo sviluppo del riordino edilizio e logistico, con la progressiva concentrazione delle attività nelle sole due sedi di Cattinara e del Maggiore e la conseguente dismissione delle altre strutture ed in particolare del Santorio.

Questa strategia individua la sede di Cattinara come ospedale ad elevata dotazione tecnologica, con attività ospedaliera e di ricerca e didattica universitaria ed orientato perciò su segmenti più complessi e multidisciplinari dell'attività sanitaria.

Il Maggiore, invece, in seguito al riordino edilizio, dovrà meglio sfruttare la sua collocazione nel centro cittadino ed essere orientato prevalentemente sulle attività ambulatoriali, sulle funzioni di base e su quelle ad accesso multiplo (es. Radioterapia ambulatoriale). Dovrà inoltre essere perseguito lo sviluppo delle attività di Day hospital e Day surgery con conseguente riduzione delle degenze.

Per quanto riguarda l'**integrazione di area vasta**, l'Azienda mista dovrà sviluppare:

- I rapporti con la Azienda sanitaria n.1, consolidando ed ampliando i programmi già avviati in Oncologia, Cardiologia, Diabetologia, Emergenza e Anziani. Gli obiettivi della collaborazione sono orientati a definire percorsi diagnostici di accesso dell'utenza, protocolli e linee guida.
- La collaborazione con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo procedendo all'integrazione dei servizi diagnostici (Radiologia, Laboratorio analisi, Medicina trasfusionale, Anatomia patologica) e di alcune attività cliniche (Oncoematologia, Oculistica, ORL, Chirurgia maxillo facciale-odontostomatologia ecc).
- I rapporti con l'Azienda sanitaria n.2 che dovranno essere orientati a concretizzare le collaborazioni in tema di Cardiologia (con particolare riferimento alle attività complesse), Oncologia e Radioterapia, "Stroke unit", Anatomia Patologica, Medicina trasfusionale, Medicina nucleare, Fisica sanitaria.

Polo Ospedaliero unico udinese:

**Azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Udine e
Policlinico universitario a gestione diretta di Udine**

L'assetto del Polo sanitario unico udinese è dato dalla compresenza di due Aziende di rilievo nazionale e di alta specializzazione, istituzionalmente ed amministrativamente indipendenti, ciascuna caratterizzata da alcune funzioni esclusive, ma funzionalmente strutturate in Dipartimenti interaziendali che devono perseguire l'obiettivo di soddisfare la domanda sanitaria provinciale e regionale attraverso processi di specializzazione e differenziazione che consentano di evitare inutili doppiopioni e sovrapposizioni.

Fondamentale risulta pertanto lo sviluppo del processo di integrazione sostanziale tra le due Aziende che dovranno attuare il vigente protocollo di intesa Regione-Università e sviluppare coerentemente il riassetto edilizio.

Nel breve termine dovrà essere avviata e consolidata l'integrazione già prevista per le funzioni di Oncologia, Radiologia, Area materno infantile, Area di Emergenza e per i trapianti d'organo. A partire dalle previsioni legate al riordino edilizio, andranno inoltre sviluppati ulteriori accordi per l'integrazione di altre funzioni per aree specifiche, giungendo alla messa in comune di risorse. La Regione si impegna ad individuare al proposito i meccanismi economici utili ad incentivare questo percorso.

Il **Policlinico Universitario**, nell'ambito della sua autonomia istituzionale ed organizzativa, dovrà assolvere al mandato assistenziale ricevuto dalla Regione e sottoscritto dall'Università, contribuendo alla creazione del Polo sanitario unico udinese ed armonizzando nel contempo la componente assistenziale con quelle di didattica e ricerca peculiari dell'istituzione universitaria.

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia dovrà perseguire, nell'ambito della sua autonomia, i seguenti obiettivi di assetto interno:

- Il recupero dell'efficienza interna, con particolare riferimento ai servizi diagnostici, ai servizi generali e alla logistica.
- Lo sviluppo della dipartimentalizzazione come strumento per assicurare una migliore qualità di prestazione all'utente, per favorire il coinvolgimento e l'interdisciplinarietà degli operatori e per recuperare efficienza produttiva.
- Lo sviluppo e la qualificazione delle attività a ciclo diurno e di nuove funzioni regionali (es. "Stroke unit").
- La definizione dell'assetto organizzativo interno (es. unità operative) ed il relativo impiego dei fattori produttivi in una scala di priorità, tenendo conto della pluralità di strutture esistenti in alcune funzioni specialistiche.
- Il mantenimento delle funzioni di ospedale di rete per la popolazione dell'udinese e del cividalese.
- La deospedalizzazione dell'attività preventiva in accordo con l'A.S.S. n. 4.

Per quanto riguarda l'**integrazione di area vasta**, il Polo ospedaliero udinese dovrà sviluppare:

- I rapporti con l'Azienda sanitaria n. 4, definendo linee guida e protocolli per le dimissioni protette, per i percorsi ambulatoriali e diagnostici preferenziali e per altre aree; in particolare per la Cardiologia e per l'Oncologia in accordo con quanto previsto nei Piani regionali settoriali (Prevenzione cardiologica e Malattie oncologiche).
- La collaborazione interaziendale finalizzata all'integrazione dei servizi con gli ospedali delle Aziende sanitarie n.3, n.4 e n.5 per le funzioni di Laboratorio Analisi, Medicina Trasfusionale e Anatomia Patologica.

Azienda ospedaliera mista Ospedali Riuniti di Trieste (I foglio)						
Area funzionale	Funzioni		Strutture ospedaliere	Strutture universitarie	Degenze	Indicazioni
Chirurgia di I livello	Chirurgia generale		1 Unità operativa	2 Unità operative	Sì	
	Ortopedia e traumatologia		1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	
Chirurgia specialistica	Cardiochirurgia		1 Unità operativa		Sì	
	Chirurgia toracica		1 Unità operativa			Funzione della Chirurgia generale
	Chirurgia maxillo facciale-odontostomatologia			1 Unità operativa	Sì	Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G.
	Otorinolaringoiatria			1 Unità operativa	Sì	Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G.
	Oculistica			1 Unità operativa	Sì	Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G.
	Urologia		1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Integrazione delle due unità operative
	Neurochirurgia		1 Unità operativa		Sì	
Diagnostica strumentale	Laboratorio analisi		2 Unità operative			Integrazione delle due unità operative Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G.
	Radiologia		1 Unità operativa	1 Unità operativa		Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G. (guardie dipartimentali)
Diagnostica strumentale specialistica	Anatomia patologica			1 Unità operativa		Garantisce esami al congelatore e riscontro diagnostico per I.R.C.C.S. Burlo G ed A.S.S. n. 2 (Gorizia-Monfalcone)
	Medicina nucleare		1 Unità operativa			Costituisce riferimento per A.S.S. n. 2
	Microbiologia					Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G.
	Servizio di Medicina trasfusionale	Attività produttiva (limitatamente alla raccolta)	1 Unità operativa			Attività di servizio anche per IRCS Burlo G. e per A.S.S. n. n. 2
		Attività di servizio				

Azienda ospedaliera mista Ospedali Riuniti di Trieste (II foglio)					
Area funzionale	Funzioni	Strutture ospedaliere	Strutture universitarie	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria	Direzione sanitaria	1 Unità operativa			
	Farmacia	1 Unità operativa			Avvio di accordi per l'integrazione con I.R.C.C.S. Burlo G.
	Bioingegneria				
	Fisica sanitaria	1 Unità operativa			Costituire riferimento per I.R.C.C.S. Burlo G. e per A.S.S. n. 2
Emergenza	Anestesia e rianimazione	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Posti letto di terapia intensiva. Camera iperbarica
	Cardiologia UCIC e semintensiva			Sì	Posti letto di Unità coronarica. Costituisce riferimento per A.S.S. n. 2 per le attività di emodinamica diagnostica ed interventistica da garantire nelle 24 ore
	Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	2 Unità operative		Sì	Degenze di Medicina d'urgenza e di osservazione temporanea-Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Medica I livello	Medicina generale	4 Unità operative	2 Unità operative	Sì	
	Recupero e Riabilitazione	1 Unità operativa		Sì	
Medica specialistica	Cardiologia	1 Unità operativa		Sì	
M	Dermatologia		1 Unità operativa	Sì	
	Endocrinologia				Funzione della Medicina generale
	Gastroenterologia	1 Unità operativa		Sì	Funzione da dipartimentare con Medicina generale
	Nefrologia ed Emodialisi	1 Unità operativa		Sì	
	Neurologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Integrazione delle due Unità operative Costituisce riferimento come "Stroke unit" per A.S.S. n. 2

	Oncologia	1 Unità operativa		Sì	Organizzazione dipartimentale con A.S.S. n. 1, A.S.S. n. 2, I.R.C.C.S. Burlo G. (Oncoematologia)
	Pneumologia	1 Unità operativa		Sì	Integrazione delle due Unità operative
	Fisiopatologia respiratoria	1 Unità operativa			
	Radioterapia	1 Unità operativa		Sì	Costituisce riferimento per A.S.S. n. 2 e per I.R.C.C.S. Burlo G.
	Malattie infettive	1 Unità operativa		Sì	
	Psichiatria	1 Unità operativa Funzione A.S.S. n. 1	1 Unità operativa	Sì	Integrazione delle due Unità operative. Costituisce riferimento per A.S.S. n. 2 per quanto riguarda le funzioni di degenza
	Immunologia clinica				
	Reumatologia				Funzione della Medicina generale

Azienda ospedaliera mista Ospedali Riuniti di Trieste (III foglio)					
Area funzionale	Funzioni	Strutture ospedaliere	Strutture universitarie	Degenze	Indicazioni
	Geriatrics	1 Unità operativa		Sì	
	Medicina del lavoro		1 Unità operativa		
	Diabetologia				Funzione della Medicina generale

Nella scheda sono indicate in ombreggiato le funzioni che devono essere prodotte. Sono altresì riportate le Unità operative e le degenze presenti al 30/6/99 con una dotazione di 1408 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery): queste devono essere riorganizzate dall'AOTS nella sua autonomia, nel rispetto delle indicazioni in ombreggiato.

Polo ospedaliero udinese (I foglio)					
Area funzionale	Funzioni	Azienda ospedaliera SMM	Policlinico universitario a gestione diretta	Degenze	Indicazioni
Chirurgia di I livello	Chirurgia generale	2 Unità operative	1 Unità operativa	Sì	Accordi interaziendali per guardie mediche, liste di attesa, protocolli, accettazione/accoglimento
	Ortopedia e traumatologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale
Chirurgia specialistica	Cardiochirurgia	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Chirurgia vascolare	1 Unità operativa			Funzione da dipartimentare con Chirurgia generale
	Chirurgia maxillo facciale-odontostomatologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale, con messa in comune di risorse
	Otorinolaringoiatria	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale
	Oculistica	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale
	Urologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale
	Neurochirurgia	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Unità spinale	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Chirurgia plastica Centro ustioni	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale con messa in comune di risorse

Diagnostica strumentale	Laboratorio analisi		1 Unità operativa	1 Unità operativa		Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale con messa in comune di risorse
	Radiologia		1 Unità operativa	1 Unità operativa		Messa in comune di risorse in ambito dipartimentale
Diagnostica strumentale specialistica	Anatomia patologica		1 Unità operativa	1 Unità operativa		Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale con messa in comune di risorse
	Medicina nucleare		1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva
	Microbiologia		1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva ma integrata con virologia
	Neuroradiologia		1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva
	Genetica			1 Unità operativa		Funzione svolta in maniera esclusiva
	Virologia			1 Unità operativa		Funzione svolta in maniera esclusiva ma integrata con Microbiologia
	Medicina trasfusio- nale	Attività produttiva	1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva Attività produttiva e di servizio anche per Policlinico universitario, A.S.S. n. 3, A.S.S. n. 4 e A.S.S. n. 5
		Attività di servizio				

Polo ospedaliero udinese (II foglio)					
Area funzionale	Funzioni	Azienda ospedaliera SMM	Policlinico universitario a gestione diretta	Degenze	Indicazioni
Direzione sanitaria	Direzione sanitaria	1 Unità operativa	1 Unità operativa		Accordi interaziendali attività in comune
	Farmacia	1 Unità operativa	1 Unità operativa		Accordi interaziendali attività in comune
	Fisica sanitaria	1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva
Emergenza	Anestesia e rianimazione	2 Unità operative	1 Unità operativa	Degenze di terapia intensiva	Accordi interaziendali per guardie mediche, liste di attesa, protocolli, accettazione/accoglimento
	Cardiologia UCIC e semintensiva			Sì	Posti letto di Unità coronarica Funzione svolta in maniera esclusiva. Costituisce riferimento per le attività di emodinamica diagnostica ed interventistica, da garantire nelle 24 ore, per le A.S.S. n. 3,4 e 5.
	Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva Degenze di Medicina d'urgenza ed osservazione temporanea-Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Materno Infantile	Ostetricia Ginecologia		1 Unità operativa	Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Pediatria		1 Unità operativa	Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva ma integrata con Neonatologia
	Patologia neonatale	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva integrata con Pediatria
Medica I livello	Medicina generale	3 Unità operative	1 Unità operativa	Sì	Accordi interaziendali per guardie mediche, liste di attesa, protocolli, accettazione/accoglimento
	Recupero e	1 Unità	1 Unità	Sì	Accordi interaziendali

	Riabilitazione	operativa	operativa		per guardie mediche, liste di attesa, protocolli, accettazione/accogli- mento
Medica specialistica	Cardiologia	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Dermatologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale con messa in comune di risorse
	Endocrinologia	1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva
	Gastroenterologia	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Nefrologia ed Emodialisi	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Neurologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Avvio della costituzione del dipartimento interaziendale con messa in comune di risorse Costituisce riferimento come "Stroke unit" per A.S.S. n. 3, A.S.S. n. 4, A.S.S. n. 5 e A.S.S. n. 6
	Oncologia	1 Unità operativa	1 Unità operativa	Sì	Messa in comune di risorse in ambito dipartimentale
	Pneumologia	1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva

Polo ospedaliero udinese (III foglio)					
Area funzionale	Funzioni	Azienda ospedaliera SMM	Policlinico universitario a gestione diretta	Degenze	Indicazioni
Medica specialistica (segue)	Ematologia		1 Unità operativa	Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Farmacologia clinica		1 Unità operativa		Funzione svolta in maniera esclusiva
	Radioterapia	1 Unità operativa		Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Malattie infettive		1 Unità operativa	Sì	Funzione svolta in maniera esclusiva
	Diabetologia	1 Unità operativa			Funzione svolta in maniera esclusiva
	Reumatologia		1 Unità operativa		Funzione svolta in maniera esclusiva
	Psichiatria	1 Unità operativa Funzione A.S.S. n. 4	1 Unità operativa	Sì	Accordi interaziendali per guardie mediche, protocolli, accettazione/accoglimento Funzione di riferimento anche per A.S.S. n. 3 ed A.S.S. n. 5

Nella scheda sono indicate in ombreggiato le funzioni che devono essere prodotte. Sono altresì riportate le Unità operative e le degenze presenti al 30/6/99 con una dotazione di 1051 posti letto all'Azienda ospedaliera S.M.M. di Udine (Anatomia Patologica: presente nel piano aziendale ma non ancora attivata) e 307 al Policlinico universitario a gestione diretta di Udine (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery): queste devono essere riorganizzate dalle due Aziende, nella loro autonomia, nel rispetto delle indicazioni in ombreggiato.

L'apporto assistenziale degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.) al Servizio Sanitario Regionale

(C.R.O. di Aviano, Burlo Garofolo di Trieste)

Il mandato istituzionale di questi Istituti è definito dal Ministero della Sanità ed è orientato prioritariamente alle funzioni di ricerca scientifica. La Regione, nelle more della definizione di protocolli di cui all'articolo 5 della L.R. 12/94, determina con il presente Piano le funzioni assistenziali di diagnosi e cura di cui intende avvalersi per i bisogni dei propri residenti.

Si ritiene altresì necessario che tra questi istituti e le Aziende per i Servizi Sanitari della regione intervengano accordi specifici al fine di perseguire l'integrazione tra la loro specifica attività e l'assistenza distrettuale.

L'organizzazione delle funzioni di interesse regionale nonché la presenza e l'articolazione organizzativa delle ulteriori dotazioni funzionali non rientrano nelle competenze regionali e quindi sono demandate all'autonomia degli istituti nell'ambito del loro rapporto con il Ministero. Peraltro, l'oggettiva esigenza di conseguire gestioni efficienti impone ad entrambe le parti la necessità di trovare forme di collaborazione interaziendale su specifici processi produttivi che potranno trovare espressione puntuale nei previsti protocolli d'intesa. In tal senso il presente Piano indica aree di attività degli I.R.C.C.S. che possono trovare con le Aziende ospedaliere elementi di integrazione delle funzioni e dei servizi, evitando-come evidenziato dal comma 3 articolo 5 della L.R. 13/95-duplicazioni degli stessi, anche mediante l'istituzione di dipartimenti comprendenti i servizi delle strutture interessate.

Centro di Riferimento Oncologico (C.R.O.) di Aviano

In linea con quanto previsto dal Piano regionale per l'Oncologia, la Regione conferma la richiesta all'Istituto di prestazioni di tipo oncologico per i residenti dell'A.S.S. n. 6 e prestazioni specifiche di III livello a valenza sovraziendale.

Fermo restando che tra Azienda ospedaliera di Pordenone ed Istituto potranno intervenire accordi interaziendali, si prevedono ulteriori integrazioni per funzioni di diagnosi e cura nell'Area Laboratoristica, nella Medicina Trasfusionale nell'Anatomia Patologica e nella Medicina Nucleare.

Nella tabella sottostante sono indicate, con ombreggiatura, le funzioni da garantire obbligatoriamente e in bianco le funzioni che l'Istituto autonomamente possiede e che devono essere integrate con le corrispondenti funzioni dell'Azienda ospedaliera di Pordenone.

C.R.O. Aviano		
Area funzionale	Specialità e funzioni	Attività e funzioni assistenziali previste
Chirurgia	Chirurgia generale	B
Emergenza	Anestesia . rianimazione	B
	Terapia intensiva	B
Medicina	Malattie infettive	A
	Oncologia	A
	Radioterapia	A
Servizi	Fisica sanitaria	A
	Laboratorio analisi	C
	Medicina Trasfusionale	C
	Anatomia patologica	C
	Medicina nucleare	C

A) Funzioni richieste all'Istituto e svolte in modo esclusivo per l'A.S.S. n. 6

B) Funzioni richieste all'Istituto

C) Funzioni di supporto che l'Istituto autonomamente possiede e che devono essere integrate con le corrispondenti funzioni dell'Azienda ospedaliera di Pordenone

Burlo Garofolo - Trieste

L'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo, l'A.S.S. n.1 e l'Azienda ospedaliera di Trieste dovranno operare per mantenere i vantaggi qualitativi dell'offerta specialistica materno-infantile perseguendo un'integrazione funzionale e gestionale che consenta di recuperare in efficienza e ridurre i costi dell'attuale duplicazione di funzioni. Sia i servizi di supporto che l'utilizzo di strutture complesse vanno razionalizzate con l'integrazione di segmenti produttivi che non implicano disagio per l'utenza né diminuiscono la professionalità e la qualità delle prestazioni erogate nelle aree di Chirurgia maxillo facciale-odontostomatologia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Laboratorio analisi, Radiologia, Microbiologia, Farmacia.

Inoltre l'Azienda ospedaliera di Trieste garantisce all'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo, mediante specifici accordi, prestazioni di Anatomia patologica, Medicina Trasfusionale, Fisica sanitaria, Radioterapia.

Nella tabella sottostante sono indicate, con ombreggiatura, le funzioni da garantire obbligatoriamente e in bianco le funzioni che l'Istituto autonomamente possiede e che devono essere integrate con le corrispondenti funzioni dell'Azienda ospedaliera di Trieste.

Burlo Garofolo Trieste		
Area funzionale	Specialità e funzioni	Attività e funzioni assistenziali previste
Emergenza	Anestesia-rianimazione	B
	Area di emergenza-Terapia intensiva	B
	Pronto soccorso	B
Materno infantile	Chirurgia pediatrica	B
	Emato-oncologia pediatrica	B
	Genetica	B
	Neuropsichiatria infantile	B
	Ostetricia e ginecologia	A
	Patologia neonatale	A
	Pediatria	A
Chirurgia	Chirurgia maxillo facciale-odontostomatologia	C
	Otorinolaringoiatria	C
	Oculistica	C
Servizi	Laboratorio analisi	C
	Radiologia	C
	Microbiologia	C
	Farmacia	C

A) Funzioni richieste all'Istituto e svolte in modo esclusivo per l'A.S.S. n. 1; la funzione di patologia neonatale anche per l'A.S.S. n. 2

B) Funzioni richieste all'Istituto

C) Funzioni di supporto che l'Istituto autonomamente possiede e che devono essere integrate con le corrispondenti funzioni dell'Azienda ospedaliera di Trieste

Il mandato e le funzioni degli ospedali ex art. 21

(Cividale, Maniago, Sacile e Gemona)

L'articolo 21 della L.R. 13/95 stabilisce che queste strutture non sono più orientate al trattamento dei casi acuti ma inserite all'interno dell'attività distrettuale, ambulatoriale e residenziale aziendale gestite.

Per il triennio 2000-2002 è prevista la permanenza di attività ospedaliere programmate a ciclo diurno erogando, quali livelli essenziali le prestazioni di:

- Emodialisi,
- Laboratorio analisi,
- Radiologia,
- Medicina trasfusionale,
- Pronto soccorso (12 ore),
- Day hospital.

Per quanto concerne **Cividale**, si prevede una duplice utilizzazione della struttura da parte dell'A.S.S. n. 4 e dell'Azienda Ospedaliera S.M.M. di Udine, garantendo un unico momento di interfaccia con l'utenza. Il Polo ospedaliero udinese assicura, infatti, la risposta alla domanda di ospedalizzazione dei residenti del cividalese e delle valli del Natisone e, pertanto, l'Azienda ospedaliera S.M.M. di Udine deve assicurare i livelli essenziali sopra indicati e verificare quali eventuali dotazioni e attività aggiuntive ospedaliere possono essere decentrate a Cividale in relazione ai bisogni dei residenti, garantendo sicurezza ed economicità delle prestazioni. Nel contempo l'A.S.S. n. 4 garantisce le attività distrettuali, ambulatoriali e residenziali nonché l'organizzazione dei servizi di emergenza di soccorso territoriale e l'attività di Emodialisi, con specifico protocollo con A.O. S.M.M. UD per il trattamento di eventuali pazienti critici.

La struttura di **Maniago** è presidio dell'A.S.S. n. 6; l'Azienda deve completare l'assetto dei servizi distrettuali, ambulatoriali e residenziali nonché provvedere all'organizzazione dei servizi di emergenza di soccorso territoriale. Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera deve poi garantire i livelli essenziali in connessione con l'ospedale di Spilimbergo che funge da ospedale di rete per l'area montana e pedemontana, nonché con l'Azienda ospedaliera di Pordenone per le funzioni specialistiche. Attività aggiuntive ospedaliere possono essere decentrate in stretta connessione con l'ospedale di Spilimbergo in relazione ai bisogni dei residenti, garantendo sicurezza ed economicità delle prestazioni.

La struttura di Sacile manterrà la duplice utilizzazione da parte dell'A.S.S. n. 6 e dell'Azienda Ospedaliera S.Maria degli Angeli di Pordenone, garantendo un unico momento di interfaccia con l'utenza. L'A.S.S. n. 6 provvederà all'organizzazione dei servizi distrettuali, ambulatoriali e residenziali, mentre l'Azienda ospedaliera di Pordenone dovrà assicurare i livelli essenziali sopra indicati e verificare quali eventuali dotazioni e attività aggiuntive ospedaliere possono essere decentrate, in stretta connessione con l'Ospedale di Pordenone e in relazione ai bisogni dei residenti, garantendo sicurezza ed economicità delle prestazioni.

Per la struttura di **Gemona**, oltre alla presenza delle funzioni universitarie decentrate temporaneamente dal Polo udinese, che nel triennio potranno essere riconfigurate con eventuale ricambio di attività in seguito alla ristrutturazione edilizia del Polo di Udine, l'A.S.S. n. 3 provvederà all'organizzazione dei servizi distrettuali, ambulatoriali e residenziali e dovrà assicurare i livelli essenziali sopra indicati e verificare quali eventuali dotazioni e attività aggiuntive ospedaliere possono essere decentrate in connessione con l'Ospedale di rete di Tolmezzo in relazione ai bisogni dei residenti, garantendo sicurezza ed economicità delle prestazioni.

Struttura di Cividale		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Radiologia		
Emodialisi		Attività di dialisi gestita dall' A.S.S. n. n. 4 con specifici protocolli con AOSMM UD per eventuali pazienti critici
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Unità di raccolta
Pronto soccorso 12 ore	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Day hospital	Sì	
Medicina generale		
Funzioni distrettuali		Punto prelievo laboratorio analisi
		Poliambulatorio
		RSA

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 51 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Struttura di Maniago		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Radiologia		
Emodialisi		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Unità di raccolta
Pronto soccorso 12 ore	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Day hospital	Sì	
Medicina generale		
Recupero e Riabilitazione funzionale		
Funzioni distrettuali		Punto prelievo laboratorio analisi
		Poliambulatorio
		RSA

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Al 30/6/99 l'ospedale presentava una dotazione di 39 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery).

Struttura di Sacile		
Funzione	Degenze	Indicazioni
Radiologia		
Emodialisi		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Unità di raccolta
Pronto soccorso 12 ore	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Day hospital	Sì	
Direzione sanitaria		
Farmacia		
Medicina generale		
Cardiologia		
Recupero e Riabilitazione funzionale		
Funzioni distrettuali		Punto prelievo laboratorio analisi
		Poliambulatorio
		RSA

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Nella scheda sono riportate le funzioni erogate al 30/6/99 dall'Azienda Ospedaliera S.M.A. di Pordenone con una dotazione di 68 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery) a cui si aggiungono i 15 posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura gestito dall'A.S.S. n. 6.

Struttura di Gemona		
Funzioni A.S.S. n. 3	Degenze	Indicazioni
Radiologia		
Emodialisi		
Laboratorio analisi		Attività per l'urgenza
		Attività di routine
Servizio di Medicina Trasfusionale		Unità di raccolta
Pronto soccorso 12 ore	Osservazione temporanea	Punto di partenza dei mezzi di soccorso
Area di emergenza		
Day hospital	Sì	
Farmacia		
Medicina generale		
Chirurgia generale		
Funzioni distrettuali		Punto prelievo laboratorio analisi
		Poliambulatorio
		RSA
Funzioni Policlinico U.		
Chirurgia plastica	Sì	
Recupero e Riabilitazione funzionale	Sì	
Dermatologia	Sì	
Neurologia	Sì	
Psichiatria		

Le funzioni ombreggiate individuano i livelli essenziali che devono essere prodotti; le funzioni in bianco indicano le unità operative attualmente presenti tra quelle facoltative.

Nella scheda sono riportate le funzioni erogate al 30/6/99 dall'A.S.S. n. 3 con una dotazione di 97 posti letto (compresi ordinari, paganti e day hospital/surgery) e quelle erogate dal Policlinico Universitario di Udine con una dotazione di 63 posti letto.

7. L'emergenza: Principi e criteri per il Piano regionale dell'emergenza

Il sistema dell'emergenza sanitaria costituisce uno dei principali indicatori dello stato e del funzionamento del Servizio sanitario regionale. Quello della Regione Friuli-Venezia Giulia è considerato tra i più avanzati del Paese, avendo realizzato gli obiettivi di offerta di servizi programmati con il Piano del 1989, in modo da assicurare *performance* di intervento di buon livello se rapportati all'epoca in cui sono stati definiti gli standard ed alla situazione di molte altre regioni.

Tuttavia la naturale evoluzione scientifica e tecnologica del settore, la domanda interna ed esterna al sistema di miglioramento degli standard organizzativi, il riordino del Servizio sanitario avviato con le leggi regionali n. 12/94 e n. 13/95 e la necessità di coordinamento con la programmazione sanitaria generale ed in particolare con l'applicazione del primo Piano di intervento a medio termine, hanno posto le condizioni per la revisione del sistema dell'emergenza e quindi per la predisposizione dei presenti principi.

Infine vi è la necessità di adeguarsi alle direttive nazionali, a partire dalle Linee Guida per l'emergenza/urgenza emanate dal Ministero della sanità nel maggio del 1996 in applicazione del D.P.R. 27/03/1992.

In questa sede vengono indicati i principi ed i criteri su cui sarà formulato il 2° Piano dell'Emergenza, che verrà emanato dalla Giunta regionale entro l'anno 2000.

7.1 Le criticità dell'attuale sistema dell'emergenza, le finalità e gli obiettivi di piano

Le condizioni attuali del sistema manifestano tre criticità:

- a. a parità di domanda di servizi di emergenza non sempre corrispondono uguali condizioni di offerta alla popolazione su tutto il territorio regionale e nelle 24 ore;
- b. carenze "di sistema" che si evidenziano nell'analisi dell'attuazione del Piano 1989 nei confronti delle normative programmatiche regionali (L.R. n. 12/94 e n. 13/95) e nazionali; le Linee Guida, in particolare, hanno posto l'esigenza del coordinamento regionale, del bacino d'utenza delle Centrali Operative su aree sovraprovinciali ed il vincolo della collocazione delle stesse nei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione di II livello;
- c. necessità di un aggiornamento/rinnovo tecnologico e di un più generale accreditamento del sistema su standard europei.

E' obiettivo della programmazione regionale affrontare i problemi di "seconda generazione" dell'emergenza sanitaria, dopo che il Piano del 1989 ha affrontato e in buona misura risolto quelli di "prima generazione". Se i primi erano essenziali e difficili, i secondi non sono da meno, ponendo forse problematiche più sofisticate.

Le due finalità che il Piano si propone attengono all'esigenza di:

1. garantire tendenzialmente uniformità di erogazione del livello assistenziale emergenza/urgenza nelle 24 ore e su tutto il territorio della Regione;
2. perseguire maggiore strutturazione, uniformità ed integrazione nel sistema di emergenza/urgenza regionale.

Da queste finalità discende l'individuazione degli obiettivi generali di piano che possono essere riferiti al versante:

- della domanda, ovvero alla soddisfazione della richiesta del cittadino;
- dell'offerta, cioè della strutturazione dell'offerta di servizi sanitari per l'emergenza;

- degli strumenti di cui il sistema si dota (obiettivi strumentali), ai fini di monitorare e migliorare le condizioni organizzative sulla base dei dati emergenti.

Gli obiettivi della domanda attengono a:

- a) **TEMPI DEL SOCCORSO:** già attualmente su livelli soddisfacenti quasi ovunque è possibile proporsi ulteriori miglioramenti nei termini temporali dell'intervento, nelle diverse aree territoriali, in funzione delle caratteristiche dell'équipe che lo effettua.
- b) **ADEGUATEZZA DEL SOCCORSO:** è necessario estendere la copertura da parte di équipe di soccorso avanzate ALS (advanced life support) a fasce orarie ed aree geografiche attualmente non coperte, con particolare riguardo alle zone a maggiore densità di popolazione
- c) **CONTINUITA' DEL SOCCORSO:** tutte le cure di emergenza che possono essere offerte ad una vittima sul luogo dell'evento acuto sono una parte di un processo che si compone di:
 - responsabilità della comunità, con particolare attenzione al sistema di allertamento del soccorso;
 - sistema medico di emergenza che include BLS (basic life support) e ALS;
 - "post-resuscitation care".

In particolare verranno definiti indicatori di performance sull'arresto cardiaco e sul trauma grave.

Gli obiettivi dell'offerta si riferiscono a:

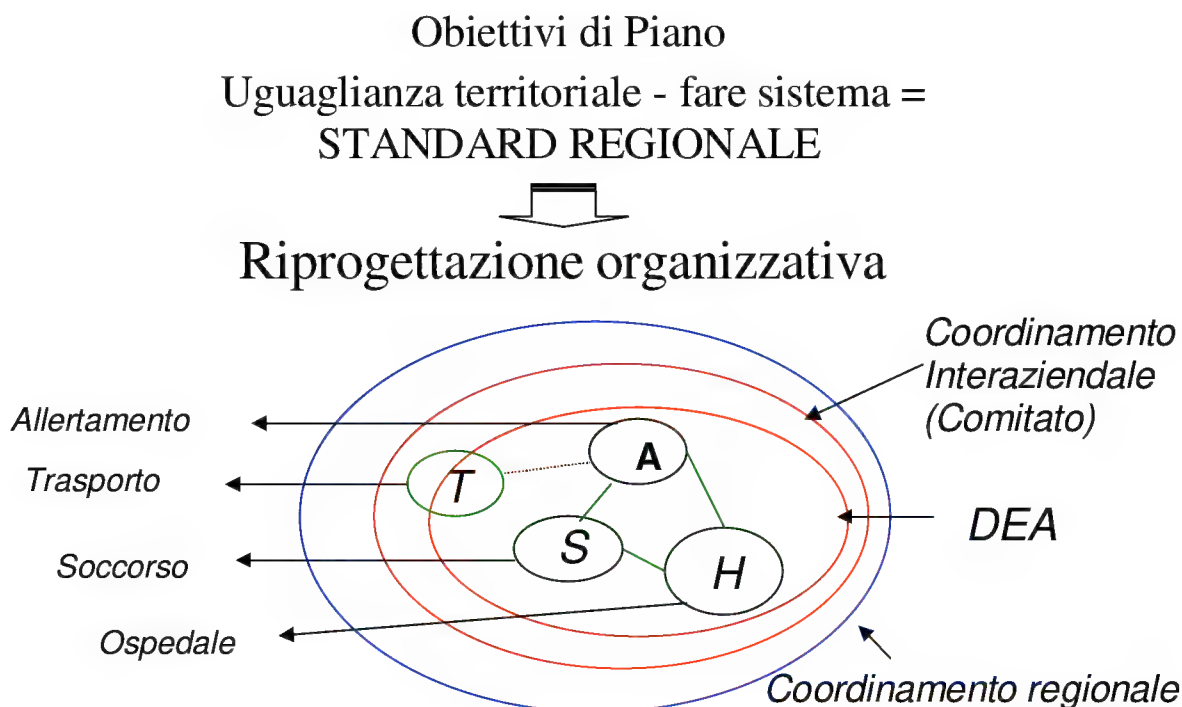
- a) **OMOGENEITÀ DELLA RISPOSTA E DELL'ACCESSO:** l'attuale configurazione presenta picchi qualitativi molto elevati, ma anche standard minimi differenziati, in un assetto complessivo diseguale. Il Piano deve porsi come strumento per elevare e portare a un denominatore comune gli standard minimi delle prestazioni fornite dalle diverse componenti del sistema e soprattutto per semplificare le modalità dell'accesso, attraverso il potenziamento della funzione propria dell'emergenza (cioè il soccorso), mediante l'uso delle tecnologie più avanzate.
- b) **LA GARANZIA E IL CONTROLLO DI QUALITÀ DEL SOCCORSO TERRITORIALE** implicano una serie di azioni volte al potenziamento dei servizi sanitari territoriali nel sistema dell'emergenza, al raccordo con funzioni tipicamente territoriali, alla definizione di standard minimi di tecnologie e di capacità operative dell'équipe di soccorso sul territorio e al monitoraggio dei dati ottenuti dal sistema come risorsa per le azioni correttive e la prevenzione delle deviazioni. L'obiettivo prioritario è una copertura ALS notturna che permetta di garantire un corretto soccorso nelle ore in cui non opera l'elisoccorso. L'organizzazione dei soccorsi prevederà quindi uno standard regionale che garantisca interventi di soccorso con équipe comprendenti un infermiere professionale addestrato e con il supporto di un medico integrato nel sistema e specificamente addestrato, entrambi certificati ALS, o comunque una équipe ALS.
- c) **IL RACCORDO TRA LE COMPONENTI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERE** implica la definizione del ruolo e delle funzioni assegnate agli Ospedali ex art. 21, ai requisiti minimi richiesti alle aree di emergenza ed a quelli richiesti ai Dipartimenti di Emergenza; il Piano indica pertanto le modalità di realizzazione dei Dipartimenti di Emergenza, sia intra- sia, soprattutto (e in riferimento ai DEA di II livello), interaziendali e le funzioni attribuite agli Ospedali ex art. 21.

Gli obiettivi strumentali attengono a:

1. Attivazione del sistema informativo e di controllo
2. Formazione ed aggiornamento permanente degli operatori
3. Informazione ed educazione della popolazione alla corretta utilizzazione del sistema emergenza
4. Analisi e prevenzione delle situazioni di rischio

7.2 Il modello di riferimento del sistema dell'emergenza

Il modello di riferimento del sistema regionale dell'emergenza da definirsi nel Piano è rappresentato dallo schema seguente:



La riprogettazione organizzativa dell'emergenza sanitaria identifica nella cornice esterna del sistema il coordinamento regionale il quale, attraverso l'adozione di standard funzionali ed organizzativi regionali, affida al livello interaziendale e di area vasta i compiti di coordinamento e controllo su porzioni consistenti di territorio.

A tale livello sono quindi demandate le funzioni di governo del sistema dell'emergenza sul territorio, che richiedono le necessarie intese tra le Aziende al fine dell'integrazione dei servizi e delle specifiche attività dell'emergenza tra esse e con i servizi e le attività correlate.

Sulla base di dette intese, il modello prevede la specifica attivazione del Dipartimento ospedaliero per l'Emergenza e l'Accettazione (DEA) che assicurerà funzionalmente le attività richieste dal percorso dell'utente dall'accesso alla cura, attraverso la fase specifica del soccorso. Il Piano definisce gli standard generali del sistema nelle fasi dall'allertamento e dell'accesso, del soccorso territoriale e della cura ospedaliera.

Nell'applicazione regionale, il modello di riferimento prevede che il sistema dell'emergenza sanitaria regionale si articoli in tre sistemi di area vasta (uno comprendente le A.S.S. n. 1 ed A.S.S. n. 2, uno comprendente le A.S.S. n. 3, A.S.S. n. 4 ed A.S.S. n. 5 ed uno coincidente con la A.S.S. n. 6), centrati sui Coordinamenti interaziendali, ai quali afferiscono i DEA ospedalieri di II e I livello, che attivano il soccorso territoriale.

I tre sistemi di area vasta sono presidiati dalle Centrali Operative 118, che attivano anche l'elisoccorso; quella di Udine svolge il ruolo di coordinamento regionale.

Le Centrali Operative gestiscono il soccorso nell'area di competenza, attivando personale e mezzi delle diverse sedi e Aziende che vi afferiscono, assicurando le prestazioni richieste dal soccorso fino al trasferimento al DEA ospedaliero più idoneo sotto il duplice profilo della tempestività della cura e della complessità funzionale richiesta dalla tipologia di lesione.

Gli ospedali ex art.21, dismessa la funzione assistenziale per acuti, concorrono al sistema per l'espletamento di funzioni di Primo intervento e costituiscono punti di partenza per mezzi e personale di soccorso sulle 24 ore.

Il trasporto è garantito a livello aziendale secondo le intese che vengono assunte nel Coordinamento Interaziendale di riferimento, il quale verifica altresì il buon funzionamento dell'intero sistema, fermo restando che l'accesso avviene sempre comunque in capo alle C.O., le quali presidiano in ogni caso i trasporti aventi carattere d'urgenza e/o quelli che movimentano mezzi di soccorso.

7.3 L'allertamento e l'accesso al sistema: la Centrale Operativa "118"

La funzione della ricezione delle chiamate rivolte al sistema dell'emergenza "118" è affidata alla Centrale Operativa, la quale riceve quindi le richieste attinenti al soccorso ed esplica una prima funzione di selezione. Allo stesso "118" afferiscono peraltro chiamate concernenti problematiche di richiesta di semplice trasporto o di servizi diversi e/o richieste di informazione.

Le funzioni ed i riferimenti organizzativi per la C. O. 118

La programmazione nazionale, nella più recente espressione in materia, costituita dalla Linee Guida sull'emergenza/urgenza (atto d'intesa tra Stato e Regioni) colloca la C.O. nel DEA di 2° livello e le attribuisce le funzioni di raccolta della domanda e di attivazione e gestione dei servizi. Tali indicazioni riflettono la situazione delle C.O. attualmente attivate in Italia, che sono collocate in ospedale, in strutture riconducibili a DEA.

Allo stesso modo, per queste ragioni, la responsabilità medico organizzativa della C.O. è stata prevista dal D.P.R. 27 marzo 1992 in ambito ospedaliero, preferibilmente nella specialità di Anestesia e rianimazione, così come ripreso dalle Linee Guida del 17 maggio 1996, in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 ("Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"), che collocano appunto la C.O. all'interno dell'area ospedaliera sede di DEA di 2° livello. La collocazione funzionale ed organizzativa e non necessariamente fisico/spaziale, della C.O. 118 in ambito ospedaliero è infatti consolidata sia sotto il profilo scientifico, che sotto quelli funzionale ed organizzativo e, in ultimo, normativo.

Le competenze della Centrale Operativa sono:

- * raccogliere la domanda dell'utenza, interpretarla e codificarla secondo protocolli definiti;
- * gestire direttamente l'allertamento, l'invio in missione ed il coordinamento operativo delle risorse adeguate ad affrontare la richiesta
- * procedere alla registrazione dei dati della propria attività e verificarne la qualità e l'appropriatezza;
- * fornire i propri dati al sistema informativo del DEA secondo le specifiche in ordine a tipologia, gravità e cronologia, localizzazione.

In relazione al bacino di utenza della Regione, l'organizzazione dell'offerta su centrali operative implicherebbe uno standard di una centrale; le Linee guida nazionali collocano questa funzione nei DEA di II livello e questo implicherebbe quindi la presenza di due centrali.

Il Piano per l'emergenza dovrà definire, attraverso uno studio specifico che simuli i vantaggi e gli svantaggi delle possibili soluzioni organizzative, la riduzione dell'attuale esuberante dotazione individuando la strutturazione finale. Tale riduzione dovrà comunque avvenire entro l'anno 2000.

A Udine, in considerazione della duplice funzione di coordinamento regionale e dell'elisoccorso, la Centrale Operativa è Unità Operativa organizzata in due moduli; l'U.O. è quindi distinta da quella di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.

Fermo restando il modello generale che incardina la Centrale operativa nel DEA di II livello, a Trieste, date le specificità territoriali, nel corso del 1999 è in corso una sperimentazione di modalità funzionali integrate tra ospedale e territorio, con la collocazione della C.O. nell'A.S.S. n. 1 Triestina e la messa a disposizione del personale sanitario da parte dell'A.O. "Ospedali Riuniti" di Trieste, come da accordi interaziendali intercorsi. Il Piano per l'Emergenza vaglierà i risultati della sperimentazione al fine di definirne le ricadute sia in termini di efficienza che di efficacia.

7.4 L'organizzazione del soccorso territoriale: risorse umane, mezzi e tecnologie

La cura di emergenza (EC) include tutte le manovre necessarie a trattare gli eventi lesivi che, indipendentemente dalla causa prima, coinvolgono i sistemi cardiocircolatorio e respiratorio a tal punto da poter compromettere la perfusione dei tessuti e specialmente dell'encefalo. L'EC specificamente comprende:

1. la capacità di riconoscere precocemente i segni di compromissione dei sistemi cardiocircolatorio e respiratorio, gli sforzi di prevenirne le complicanze e la pronta disponibilità di strumentazioni per il monitoraggio delle condizioni dell'ammalato;
2. la disponibilità immediata di BLS (basic life support);
3. la disponibilità in tempi ravvicinati di ALS (advanced life support);
4. il trasferimento del paziente in un ospedale appropriato.

In queste quattro fasi concatenate si sostanzia il soccorso territoriale. In relazione ai dati epidemiologici rilevati e tenuto conto della distribuzione della popolazione e degli eventi traumatici, l'organizzazione dei soccorsi prevede di norma l'intervento di soccorso con équipe comprendenti un infermiere professionale certificato e la copertura di supporto di un medico integrato nel sistema e specificamente accreditato.

Ciò può essere raggiunto in modo differenziato, di norma:

- nelle aree a minor densità di popolazione, mediante utilizzo di équipe in partenza dagli ospedali sede d'Area d'emergenza ovvero dalle postazioni appositamente create presso gli ospedali ex art.21, ovvero dei punti di primo intervento territoriale indicati al paragrafo successivo, ovvero da ulteriori punti di stazionamento definiti dai Comitati interaziendali, valutando i tempi di percorrenza, la morfologia del territorio e la densità di popolazione;
- nelle aree critiche (aree generalmente a maggior densità di popolazione, come in particolare i centri urbani), oltre a quanto previsto dal punto precedente, si prevedono interventi selettivi di supporto da parte di équipe di medici ospedalieri esperti con le seguenti funzioni:
 - * copertura ALS a supporto delle ambulanze per le emergenze mediche e traumatologiche in area urbana;
 - * nelle ore notturne, copertura ALS dell'area extraurbana di competenza e supporto delle ambulanze per le emergenze mediche e traumatologiche;
 - * supporto qualificato per trasporti urgenti tra DEA di I e II livello.

Per quanto concerne i mezzi di soccorso risulta indiscutibile che le Linee Guida nazionali, nel segnalarne le tipologie, vogliano individuare non solo la strutturazione dei mezzi ma specificatamente le competenze professionali collegate agli stessi.

La tipologia dell'organizzazione dei mezzi e delle competenze professionali collegate viene così indicata:

1. ambulanza di tipo "B" (vedi Linee Guida citate) di trasporto e soccorso di base non professionale, con equipaggio di norma costituito da: autista soccorritore certificato, volontario soccorritore certificato, 2° volontario soccorritore, certificato o in formazione;
2. autoambulanza di tipo "A" (vedi. Linee Guida citate) di soccorso professionale, con equipaggio di norma costituito da: infermiere professionale certificato, autista soccorritore certificato, operatore ausiliario certificato, (O.T.A. o ausiliario socio-sanitario o soccorritore volontario);
3. automezzo di soccorso avanzato (auto medicalizzata), con equipaggio costituito da medico certificato e infermiere professionale, certificato e idoneo alla conduzione di mezzi di emergenza;

4. eliambulanza.

L'organizzazione del Servizio regionale di Elisoccorso è già stata oggetto di uno specifico piano a stralcio del Piano dell'Emergenza e contenuto nella delibera n. 2308 del 28 luglio 1997, che assegnava all'Elisoccorso l'obiettivo di migliorare la qualità del soccorso pre-ospedaliero dei pazienti con trauma grave e di garantire una miglior collaborazione tra i Reparti di Terapia Intensiva e di Emergenza degli ospedali regionali rendendo più rapido e sicuro il trasporto dei pazienti con funzioni vitali compromesse.

Rispetto all'impianto della delibera citata, le principali criticità, cui il deve dare risposta sono le seguenti:

- il reperimento del personale proveniente dalle Aziende della Regione è risultato difficile, nonostante la forza con cui il documento richiama la "valenza regionale" del servizio di elisoccorso;
- è risultata difficoltosa l'identificazione della titolarità della responsabilità del Servizio, non essendo questo a carattere aziendale;
- la mancanza di un incardinamento gerarchico definito del servizio di elisoccorso ha destato problematicità nell'operatività.

Perciò, fermi restando gli obiettivi indicati dal Piano regionale dell'Elisoccorso e al fine di integrare meglio il Servizio nel Piano dell'Emergenza e superare le difficoltà legate all'organizzazione attuale, il Servizio di Elisoccorso è identificato come modulo del DEA di Udine. Al fine di ottimizzare l'utilizzo del personale, deve essere prevista un'integrazione funzionale tra l'Elisoccorso e la Centrale Operativa 118 di Udine. La Centrale Operativa 118 è una Unità Operativa, di cui l'Elisoccorso è un modulo.

7.5 L'organizzazione ospedaliera del sistema dell'emergenza

I DIPARTIMENTI DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE (DEA) sono organizzati come dipartimenti orizzontali a forte integrazione interna, le cui componenti agiscono in sinergia per garantire la tempestività e l'efficacia della continuazione del soccorso. Come più specificamente descritto più avanti, il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione si configura come un Dipartimento Orizzontale aziendale (DEA di I livello degli Ospedali di rete e degli Ospedali di rilievo regionale Santa Maria degli Angeli di Pordenone e dell'A.S.S. n.2 Isontina) o interaziendale (DEA di II livello di Udine e Trieste). Le ragioni della costituzione del DEA come Dipartimento Orizzontale si riassumono nella necessità di:

- 1) coordinare le attività nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere legate all'emergenza
- 2) omogeneizzare e standardizzare le procedure
- 3) razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il Dipartimento Orizzontale per l'emergenza si configura quindi come un dipartimento multi specialistico che risponde alla necessità di riportare all'unitarietà del bisogno del malato la visione parcellizzata in singole discipline, tipica dell'evoluzione della medicina contemporanea.

Organi del Dipartimento sono il Comitato di Dipartimento e il Coordinatore dello stesso.

L'organizzazione del DEA è imperniata su *strutture e funzioni* essenziali ai fini dell'emergenza, che vengono qui di seguito descritte. La modalità organizzativa si articola in una rete disposta su più livelli, ed è essenzialmente intraospedaliera, eccezion fatta per le strutture extraospedaliere rappresentate dai:

a) Punti di Primo Intervento

Sono previsti nelle sedi degli Ospedali ex art. 21 di Maniago, Sacile e Cividale e, in connessione con situazioni di particolare concentrazione di utenza/rischio (per esempio, a motivo del flusso turistico), nelle sedi di Grado e Lignano (per il periodo estivo) e Tarvisio e Piancavallo (per il periodo invernale).

Si tratta di postazioni presso le quali sono prevedibili due ordini di attività:

1. attività di primo soccorso, con funzione di inquadramento e stabilizzazione dei pazienti anche mediante osservazione temporanea; in tali sedi si svolgono anche attività di carattere ambulatoriale;
2. nell'arco delle 24 ore costituiscono punto di partenza per mezzi di soccorso da inviare sul territorio, in grado di provvedere alla stabilizzazione dei pazienti in condizioni di emergenza/urgenza e successivo trasferimento protetto dei pazienti acuti ai DEA di I o II livello.

Per quest'ultima finalità, gli Ospedali ex art. 21 di Maniago, Sacile e Cividale sono dotati di un organico la cui funzione è quella di supporto territoriale al DEA.

Le successive componenti funzionali dei DEA sono collocate in ambito ospedaliero

b) Funzione di Pronto Soccorso

La funzione di Pronto Soccorso Ospedaliero è dedicata all'attività diagnostica e terapeutica d'urgenza ed emergenza sanitaria, funzionante in Ospedale per acuti 24 ore su 24. Nell'ambito dell'emergenza/urgenza la struttura deputata alla funzione di P.S. ha i seguenti compiti:

- 1) punto di partenza dei mezzi di soccorso
- 2) "triage"; come disposto dal D.P.R. 27 marzo 1992, "deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio";
- 3) primo soccorso o primo intervento ed eventuale trattamento dei casi che si presentano spontaneamente, anche quando non rivestano carattere di emergenza/urgenza;
- 4) interventi idonei alla stabilizzazione del paziente e trasferimento alle unità operative dell'area critica, oppure all'Unità Operativa ospedaliera idonea o infine trasporto ad altro ospedale;
- 5) attività di osservazione temporanea, per la quale il P.S. è dotato di un numero di letti adeguato alla pressione dell'ambiente afferente; il numero di tali posti letto non incide sul computo dei posti letto ospedalieri;
- 6) soccorso interno nelle aree comuni.

c) Funzione di Area di emergenza e delle terapie intensive

E' prevista dalla legge 13/95 quale dotazione minima degli ospedali di rete di Tolmezzo/Gemona, San Daniele del Friuli, Latisana, Palmanova, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo, con guardia attiva, dotata di posti letto di terapia intensiva e subintensiva.

In questi presidi ospedalieri la Regione Friuli Venezia-Giulia ha sperimentato (e con il Piano intende rendere omogeneo) un modello gestionale di risposta all'emergenza (per l'appunto "l'area di emergenza") che si caratterizza per le seguenti peculiarità:

- 1) è rappresentata da uno spazio ospedaliero, in diretta connessione con il pronto soccorso, in cui sono gestiti tutti i pazienti critici o potenzialmente instabili provenienti dall'esterno o dall'interno dell'ospedale;

- 2) l'area d'emergenza degli ospedali di rete si configura quindi come "contenitore ad alta tecnologia" strutturalmente identificato per la funzione di trattamento del paziente critico, "aperto" all'intervento obbligatorio di tutte le figure professionali delle diverse U.O. ospedaliere, che se ne avvalgono (ad esempio: Cardiologia, Chirurgie, ecc.). L'AdE è dotata di personale infermieristico proprio costantemente presente. Per quanto concerne la copertura del personale medico sulle 24 ore, le Aziende la individueranno a partire dalla disponibilità delle guardie attive di Pronto Soccorso e di Anestesia e Rianimazione, che devono essere entrambe presenti ai sensi dell'articolo 5 della L.R. 13/95. Tutto il personale è in ogni caso caratterizzato da un "saper fare" proprio della "funzione emergenza"; mediante tale personale l'area di emergenza assicura adeguati livelli di assistenza nella gestione del paziente critico. Tali caratteristiche professionali derivano dai percorsi formativi specifici previsti, dall'operatività nel settore, dal costante aggiornamento e dalla verifica del mantenimento dei requisiti professionali acquisiti;
- 3) il modello dell'area di emergenza è quindi di natura dipartimentale e ciò pone come prioritaria l'esigenza di pervenire alla creazione di protocolli diagnostico-terapeutici opportunamente verificati ed aggiornati, in grado di favorire l'interdisciplinarietà e l'integrazione di competenze e risorse, con l'apporto e nel rispetto delle specifiche competenze professionali cliniche, assistenziali e gestionali garantite dalle unità operative presenti nell'ospedale di rete. L'identificazione della formula organizzativa e della responsabilità dell'AdE negli ospedali di rete sono demandati all'autonomia aziendale;
- 4) in conseguenza di tutto ciò, l'Area di Emergenza non è dotata di posti letto di degenza standard, ma di un numero adeguato di posti letto, intensivi e subintensivi, attrezzati e seguiti da personale addestrato e qualificato per garantire i tempi e le modalità di assistenza necessari. A tal fine, la zona di ricovero intensivo deve prevedere la sorveglianza visiva di tutti i pazienti e contare su un sistema centralizzato di monitoraggio elettrocardiografico.

Per quanto attiene alle funzioni di Area di emergenza e delle terapie intensive, negli ospedali di rilievo regionale di Gorizia-Monfalcone e Pordenone e negli ospedali di rilievo nazionale si prevede quanto segue:

- negli ospedali di Gorizia-Monfalcone le degenze in Terapia intensiva e di Unità coronarica vanno collocate in un'unica area critica nelle nuove sedi ospedaliere ed integrate nell'ambito del DEA di I livello, costituendo in tal modo riferimento per le funzioni di Emergenza;
- nell'Ospedale di Pordenone, il Pronto soccorso con degenze di Medicina d'urgenza ed osservazione temporanea, l'Unità coronarica e la Terapia intensiva, integrate nell'ambito del DEA di I livello, costituiscono riferimento per le funzioni di Emergenza;
- negli ospedali di Trieste ed Udine il Pronto soccorso con degenze di Medicina d'urgenza ed osservazione temporanea, l'Unità coronarica e la Terapia intensiva, integrate nell'ambito del DEA di II livello, costituiscono riferimento per le funzioni di Emergenza.

Il modello dell'Area di Emergenza deve essere idoneo a consentire una risposta esauriente all'urgenza/emergenza. Da questo punto di vista la risposta organizzativa delle Aree di Emergenza deve essere in grado di tutelare l'efficacia sanitaria mediante l'efficienza tecnico-organizzativa: spazi ospedalieri in diretta interconnessione, adeguate risorse tecnologiche e figure professionali idonee che concorrono alla gestione del paziente critico, personale infermieristico proprio dell'area.

d) Accettazione

A livello operativo il DEA di norma assicura alle strutture ospedaliere nelle quali è inserito anche la funzione di accoglienza/accettazione.

Esaminate le funzioni e le strutture legate all'Emergenza il Piano organizza i dipartimenti su due livelli:

Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA) di I livello

Il Piano dell'Emergenza darà indicazioni affinché le Direzioni Aziendali propongano azioni formali volte a costituire, negli Ospedali di rete e negli Ospedali di rilievo regionale di Pordenone, Gorizia- Monfalcone, i

DEA di I livello. Tali azioni saranno concertate per far confluire nel DEA di I livello, oltre che le predette funzioni ospedaliere di Pronto Soccorso, Area di Emergenza e Accettazione, anche tutte le U.O. o i moduli funzionali di U.O. o di Dipartimenti aziendali, o anche interaziendali, che siano idonei a garantire da parte del DEA di I livello almeno l'erogazione delle seguenti funzioni essenziali: Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Chirurgia Traumatologica, Ostetricia-ginecologia, Cardiologia, Medicina generale, Pediatria, Funzione di radiologia, laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche, Funzione di Medicina trasfusionale (garantita in forma di dipartimento interaziendale).

Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) di II Livello

I poli sanitari di Trieste ed Udine rispondono, con le loro dotazioni funzionali, alla necessità di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dai DEA di I livello, le funzioni di più elevata complessità legate all'emergenza. In riferimento alla situazione dei poli sanitari udinese (A.O. S.M.M., PUGD e A.S.S. n. 4) e triestino (A.O. "O.O.R.R.", I.R.C.C.S. Burlo Garofolo e A.S.S. n. 1) in cui più aziende concorrono a fornire le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, non si può prescindere dalla ricerca dell'integrazione funzionale ed operativa interaziendale ai fini della partecipazione alle attività di risposta all'emergenza. Infatti, un rapporto di collaborazione tra le Aziende deve condurre alla costituzione di una funzionante rete dell'emergenza nei due poli in cui maggiore è la capacità di risposta alle situazioni di emergenza/urgenza. La necessità d'integrazione è ulteriormente ribadita, per il Polo sanitario udinese, dalle espresse previsioni dell'art. 4 c. 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, che richiama l'obbligo di inserimento dei Policlinici Universitari nel sistema di emergenza sanitaria di cui al D.P.R. 27 marzo 1992. A tal fine, i Dipartimenti Interaziendali per l'Emergenza di Trieste ed Udine costituiscono riferimento, anche regionale, per le funzioni di più alta qualificazione; solo in essi possono essere collocate le C.O. 118 e devono assicurare, oltre agli interventi già previsti per i DEA di I livello, funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza.

7.6 L'organizzazione dei trasporti nel S.S.R.

L'impostazione del Piano differenzia le attività connesse con il *soccorso*, inteso come attività non prevedibile e non programmabile di fronte ad un'emergenza percepita dall'utente, da quelle connesse con il *trasporto*, inteso questo come movimentazione di mezzi destinati a veicolare persone o cose per motivi diversi dal soccorso.

E' mantenuta in capo al sistema "118" e quindi alle Centrali Operative la funzione di ricezione ampia della domanda, al fine di garantire sia la più alta capacità di intercettazione del bisogno di soccorso, sia la più adeguata capacità di risposta da parte del sistema sanitario; introduce però la possibilità di una separazione gestionale del trasporto, fatta salva l'informazione al primo sullo spostamento sul territorio di mezzi idonei anche alla funzione di soccorso. Le Aziende sanitarie devono individuare regole organizzative in virtù delle quali i trasporti siano presidiati (attivati e controllati) dalla C.O. *solamente* per i seguenti casi:

- trasporti che richiedano la movimentazione di mezzi attrezzati per il soccorso;
- trasporti che rivestano il carattere dell'urgenza o della sicurezza (perché il sistema 118 dà più ampie garanzie di sicurezza e di celerità di intervento).

Rapporti con le Associazioni del volontariato

Allo stato attuale l'apporto del Volontariato viene acquisito dal sistema dell'emergenza a copertura di esigenze di natura diverse e contingenti. Sotto tale profilo occorre:

- a. privilegiare l'apporto delle Associazioni del Volontariato nel settore dei trasporti del S.S.R.
- b. ove si rendesse necessario ricorrere comunque alle Associazioni di Volontariato per aspetti legati al soccorso, è previsione di Piano che tale apporto riguardi i mezzi e il personale non sanitario, restando

- compito prioritario delle Aziende la messa a disposizione di personale sanitario (medico e infermieristico) all'uopo formato ed addestrato;
- c. la definizione di uno schema tipo di convenzione tra le Aziende sanitarie della Regione e le Associazioni di Volontariato allo scopo di uniformare i rapporti giuridici con le Associazioni e con il personale operante.

7.7 Il coordinamento interaziendale e regionale del sistema dell'emergenza

Il coordinamento generale del sistema dell'emergenza, problematica rimasta aperta anche a seguito del Piano del 1989, si attua prevalentemente su due livelli, quello regionale e quello interaziendale.

Coordinamento regionale del sistema

L'esigenza di rafforzamento del coordinamento regionale del sistema dell'emergenza trova risposta nei seguenti punti:

- a. affidamento all'Agenzia regionale della sanità del coordinamento generale dei Coordinamenti interaziendali, attraverso l'adozione di apposite linee guida a carattere organizzativo e gestionale, in particolare attinenti alla definizione di modalità operative omogenee e di "protocolli unici" (ad esempio, per il trasferimento dei pazienti da ospedali di rete ad ospedali a maggiore complessità funzionale), alla definizione degli standard tecnologici e del Sistema informativo unico;
- b. definizione di linee e indirizzi regionali per la formazione del personale di soccorso;
- c. definizione di iniziative regionali di educazione sanitaria e di informazione.

Coordinamento interaziendale per l'Emergenza

Dovrà essere perseguito l'obiettivo di giungere ad una forte interrelazione aziendale all'interno delle aree vaste, finalizzata a concertare strategie di intervento comune sulla problematica dell'Emergenza per evitare lo sviluppo di fenomeni di competizione che l'aziendalizzazione potrebbe indurre. Pertanto, è obiettivo la costituzione, d'intesa tra le Aziende che insistono in ciascuna area vasta del Coordinamento interaziendale per l'Emergenza, con il compito di garantire una attività integrata e sinergica tra tutte le realtà operanti nel settore. Il Coordinamento è operato da un Comitato all'interno del quale è nominato un Coordinatore.

7.8 La formazione, il sistema informativo e l'educazione sanitaria

La formazione del personale impiegato nella gestione dell'Emergenza riveste grande importanza al fine del miglioramento degli standard di intervento; si formulano pertanto le seguenti linee guida sui programmi di formazione del personale sanitario e dei volontari.

E' obiettivo prioritario il raggiungimento di standard professionali elevati per le risorse umane dedicate al sistema regionale dell'emergenza, sia nella fase di allertamento/accesso, sia in quelle del soccorso e della cura ospedaliera.

Gli obiettivi di formazione sono pertanto speculari o complementari a quelli dell'offerta e riguardano quindi anch'essi l'omogeneità territoriale, l'elevamento degli standard delle prestazioni, il potenziamento del territorio nel sistema dell'emergenza, il consolidamento del raccordo tra le componenti extra ed intraospedaliere e la realizzazione dei Dipartimenti inter e intraaziendali.

Il Piano deve prevedere un programma di formazione teorico/pratico composto da una base comune a tutte le figure elencate e di un'altra specifica per ciascun ruolo.

Le tipologie professionali coinvolte sono:

- soccorritori non professionali
- infermieri professionali soccorritori

- operatori di centrale
- medici

Emerge in maniera evidente la necessità che il Sistema regionale dell'Emergenza Sanitaria sia dotato di un sistema informativo/informatico unico.

Per sistema informativo dobbiamo intendere, in questa sede, il più ampio sistema delle comunicazioni, comprendente, oltre al sistema informatico in senso stretto, anche i sistemi di comunicazione telefonico e radiomobile che dovranno essere tra loro integrati.

Per quanto riguarda il sistema informatico vero e proprio, questo deve costituire uno strumento di supporto all'attività degli operatori di centrale, ma deve anche essere uno strumento di monitoraggio del servizio erogato e della domanda di emergenza sanitaria sul territorio, al fine di produrre dati utili a migliorare la qualità e le condizioni organizzative del servizio e di razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il sistema informativo dell'emergenza sanitaria costituisce un segmento di rilievo prioritario nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale.

Le linee del Programma di Educazione Sanitaria saranno predisposte dall'Agenzia regionale della sanità, in collaborazione con le Aziende, sulla base dei seguenti obiettivi:

- generalizzazione dell'informazione essenziale sull'emergenza su tutta la popolazione regionale e su quella in transito;
- definizione e diffusione di procedure semplificate per l'accesso al sistema dell'emergenza e della facoltà di comprensione da parte del cittadino dei percorsi standard rispetto alle casistiche più frequenti in emergenza;
- formazione di base del cittadino sull'emergenza.

7.9 L'attuazione e le risorse del piano dell'emergenza

L'attuazione del Piano dell'emergenza sanitaria è demandata all'Agenzia regionale della sanità, per l'attività di indirizzo e coordinamento cui il Piano stesso fa rinvio esplicito, ed alle Aziende del Servizio sanitario regionale, per le modalità funzionali, organizzative e strutturali, che dovranno essere contenute nei relativi Piani aziendali annuali e pluriennali in base alle indicazioni ed alle compatibilità finanziarie contenute nelle Linee annuali per la gestione delle Aziende.

VISTO: IL PRESIDENTE: ANTONIONE

VISTO: IL SEGRETARIO: BELLAROSA